XIIcongresoNacional
deMatronas
Lanzarote 2007

ACREDITACION

Agencia Laín Entralgo
para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios

SaludMadrid

Comunidad de Madrid

Le NOTIFICO que la actividad docente de formación continuada

Nº de expediente:	**07 - 1563**
Denominación:	**XII Congreso Nacional de Matronas**
Sede:	Lanzarote
Fecha Inicio:	**06/06/2007**
Fecha Finalización	**09/06/2007**

Tras completar el proceso de evaluación, fue informada **favorablemente** por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

En atención a este dictamen, el Ilmo. Sr. Director General de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios emitió la Resolución de fecha 30/05/2007 que **ACREDITA** la actividad docente anteriormente citada con:

4,9-créditos

La validez de la citada resolución de acreditación queda condicionada al cumplimiento de los siguientes requisitos:

1º Cumplimiento estricto, por parte de la entidad proveedora, de los datos sobre la actividad que figuran en la solicitud de acreditación y que han servido para otorgar ésta y de los requerimientos de documentación que, en su caso y para comprobar dichos datos, le haga la Secretaría Técnica de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

2º Los proveedores solicitantes de la actividad sólo podrán utilizar el logotipo de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (pueden copiarlo de la página web) en la publicidad del curso acreditado y no junto a otros cursos no acreditados que realice la misma entidad. Tampoco puede hacer uso de dicho logotipo antes de conocer los resultados positivos de su solicitud de acreditación. Asimismo deberá incluir el texto "Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS)" con el número de expediente y el número de créditos en los certificados de asistencia/aprovechamiento de los participantes.

No se puede hacer ninguna otra referencia a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, salvo las mencionadas. Le recuerdo también la plena responsabilidad de su Institución en el cumplimiento estricto de las condiciones expresadas en su solicitud, y en base a las cuales se ha otorgado la presente acreditación.

Contra la citada Resolución podrá anteponerse recurso de reposición, en el plazo de un mes, ante el mismo órgano que dictó el acto; o bien, directamente recurso contencioso-administrativo ante el órgano judicial de este orden competente.

En Madrid a 12 de Junio 2007

Fdo: Dra.Montserrat Castejón Casado
Secretaría Técnica de la Comisión

Dña Dña. María Angeles Rodríguez Rozalén Presidenta Asociación Española de Matronas Avda Menéndez Pelayo, 93,3 28007 Madrid Madrid

RE-N1-AA-07

REGISTRO DE SALIDA
Ref:07/266227.9/07 Fecha:13/06/2007 11:45
Agencia Laín Entralgo
Registro Agencia Laín Entralgo
Destino: Mª Angeles Rodríguez Rozalén

COMUNICACIONES ORALES

C-1. LA NEGACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD MATERNO- INFANTIL EN PERÚ.

Autoras: Grande Muyón Mirtha, Molina Palomino Martha, Carty Cusquillo Jennyfer, Aronsson Christian, Amnistía Internacional.

OBJETIVOS

Los objetivos de esta investigación fueron efectuar el reconocimiento cualitativo de la situación de salud materno infantil en Perú y su cumplimiento con los compromisos internacionales adoptados por el estado peruano caracterizados, desde el punto de vista cualitativo, por la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud y por último, identificar otros obstáculos en la descripción para garantizar el acceso de servicios de salud de las personas más pobres.

METODO

El método es un estudio descriptivo**,** observacional, donde se obtuvieron los siguientes resultados:

1º.- Existe un cumplimiento por parte del estado peruano de su obligación bajo la legislación internacional de derechos humanos de promover, proteger y facilitar el derecho a la salud.

2º.- No se vela por la atención de la salud reproductiva materno-infantil. Existe un desconocimiento sobre el derecho de acceso a los servicios de salud por parte de las usuarias y por parte del profesional de la salud.

3º.- No existe el derecho de acceso sin discriminación a la población más vulnerable de Perú, siendo la discriminación uno de los principales factores que ha impedido que las mujeres puedan acceder a los centros de salud porque ellas manifiestan que son maltratadas y mal vistas por el hecho de ser mestizas.

4º.- No se garantiza el acceso de la población a la información relativa a los principales problemas de la salud incluidos los métodos de cómo prevenirlos y cómo combatirlos.

En Perú existe un sistema integral de salud y toda persona que no tiene los medios para pagar y sufragar los gastos por la atención, está excluida, pero el sistema integral de salud que se oferta por ley, tampoco llega a la población para que puedan inscribirse y puedan hacer uso de ese derecho.

En el caso de que estas mujeres conozcan sus derechos, hay que cumplimentar un riguroso y complejo formulario llamado ficha de evaluación socio económica.

Estas mujeres viven en zonas rurales donde el centro de salud está situado a una distancia entre 5 a 7 kilómetros. Después de ser cumplimentada dicha ficha, la trabajadora social acude a su domicilio para verificar los datos, con una demora superior a las 2 semanas.

También toda mujer que da a luz en su hogar se le sanciona con 15 dólares de multa; por no acudir a los controles prenatales ni postnatales debe abonar de nuevo otros 15 dólares. Por tener estas sanciones el recién nacido no puede acceder a un certificado de nacimiento y por lo tanto, ese niño va a carecer de partida de nacimiento y de documento de identidad.

Por lo tanto, se está violando los derechos económicos, sociales, civiles, políticos de todas las personas que, por falta de información de los profesionales de la salud de la comunidad, no tienen acceso a un documento de identidad.

En Perú hasta el año 2005 existían 6.5 millones de personas sin documento de identidad.

CONCLUSIONES

El estado peruano continúa sin garantizar la disponibilidad, la accesibilidad y calidad de los servicios de salud que brinda a las mujeres y niños, basado en la discriminación especialmente a personas excluidas y marginales dentro del sistema en materia de salud.

El acceso a la información es un derecho que a su vez afecta a otros derechos fundamentales.

¿QUÉ PODEMOS HACER LAS MATRONAS?

Las matronas debemos implicarnos en la colaboración y cooperación al desarrollo en países como África y América Latina.

C-2. LA CREACIÓN DE VINCULOS AFECTIVOS Y APEGO ENTRE LA MADRE Y BEBÉ EN EL NACIMIENTO.

Autora: Margarita Fernández Zárate

INTRODUCCION

El nacimiento es un momento mágico donde se crean las condiciones para que se produzca el vínculo madre e hijo el cual, tendrá efectos duraderos en su relación futura.

El apego es un sistema de conductas que tiene una organización propia, determinada por el ambiente.

El apego ha cobrado mucha importancia en las dos últimas décadas. La importancia de la relación que se establece entre madre y recién nacido en el momento del parto, constituye un tema de estudio e investigación en el que varios autores han observado la forma en que se establece la creación del vínculo afectivo conocido también con el término *"Bonding".*

El apego o *bonding ha sido* detectado científicamente en mamíferos por psicólogos experimentales, hace más de seis décadas.

Ellos observaron que cuando se separaba al cordero recién nacido de su madre, inmediatamente después del parto ésta, no lo reconocía como hijo propio cuando le era devuelto pasadas algunas horas. Estas horas iniciales fueron denominadas "periodo sensitivo".

Precisamente esa primera relación entre madre y bebé ha generado numerosos estudios con el fin de comprender este fenómeno. Estos han demostrado que el primer contacto entre madre y recién nacido durante las primeras horas del nacimiento puede establecer patrones de conducta y formas de personalidad que duran toda la vida.

Esta certezas induce a serios cuestionamientos acerca de los procedimientos de los profesionales del nacimiento, al observar que la separación de la madre de un recién nacido sano, es todavía y con mucha frecuencia, una práctica común. Por todo ello es necesario hacer una revisión en los estudios realizados y observar qué hacemos los profesionales en todo este proceso.

OBJETIVOS

1º* Conocer los autores y estudios realizados sobre la teoría del vinculo afectivo y apego.

2º* Revisar las consecuencias que han interferido en el "periodo sensitivo."

3º* Analizar el rol y la implicación del profesional, para favorecer y facilitar el apego.

Para cumplir con el primer objetivo de conocer los autores y estudios realizados nos encontramos con René Siptz, psicoanalista que comenzó sus trabajos observando el desarrollo de niños abandonados en un orfanato. La madre sería la representante del medio externo. Quedó demostrado que uno de cada tres bebés moría antes de alcanzar el primer año de vida por falta de contacto táctil de su madre.

En 1958 Jhon Blowbly, psiquiatra y psicoanalista, plantea una hipótesis que difiere por completo de la anterior pues describe la teoría de la afectividad.

Postula que el vínculo que une al bebé con su madre es un producto de sistemas de conducta de apego, como cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance y conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. Plantea como resultado la interacción del bebe con el ambiente y en especial con su madre.

A partir de aquí se crean determinados sistemas de conducta que son actividades para la creación del apego.

Sepezzano- Waterman afirman que, si no ha habido contacto entre madre y bebé después del parto, no se establece un lazo afectivo adecuado.

En 1976 Klaus y Kennell, se preguntaron cómo se producía el apego, y cuál era el periodo sensitivo en el ser humano, por lo que estudiaron eventos en la formación de una futura madre:

1º Periodo: Antes de embarazo; 2º periodo: Durante la gestación y *3º Periodo: Después del parto.

Estos autores en 1974, con todos estos acontecimientos realizaron un estudio prospectivo en Guatemala con dos grupos, en dos hospitales pequeños de la ciudad de Guatemala.

1º Grupo: Se permitía a las madres contacto intimo, piel a piel con su bebe durante 45 minutos.

2º Grupo: Se le retiraba el bebe inmediatamente después del parto, sin contacto inicial.

Ambos grupos eran idénticos y comparables: Primigestas. Embarazo normal y sano. Entre 18 y 25 años.

Obteniendo las siguientes conclusiones

- *A los 6 meses: los bebés del 1º grupo, pesaban un promedio de 761 gramos más que el 2º grupo, y la mayoría conservaba la lactancia materna.*
- *Al año:*
- *1º Grupo: Presenta un mejor desarrollo psicomotor y*
- *2º Grupo: Mayor nº de infecciones y consultas medicas por morbilidad.*

En esta primera interacción madre e hijo ocurren muchos fenómenos interesantes: La madre toca al bebé, y lo observa. El bebé le responde concentrando la mirada. La madre le habla suavemente. El bebé responde con movimientos de cara y manos. El llanto erecta los pezones maternos, y estimula hormonas. Se produce sincronía entre el lenguaje materno y los movimientos del bebé. La madre lleva al bebé a su pezón.

El 2º Objetivo es **Revisar las consecuencias que han interferido en el "periodo sensitivo.**

Esas consecuencia del parto tan positivas y naturales eran las normas para la mayoría de los humanos hasta mediados de siglo XX y cuando los partos de repente cambiaron el escenario hogareño por los hospitales, se impuso la tecnología y práctica intervencionista e estas instituciones sanitarias, ya que en ésta época, el embarazo y el parto empezaron a ser vistos y abordados como una patología y no como un proceso fisiológico.

La filosofía y la práctica también cambiaron por parte de los profesionales ajenos a la familia.

Así empezó a caer un velo de misterio sobre los partos mientras a los padres se les prohibía participar de este acontecimiento.

El 3º Objetivo: **Analizar el rol y la implicación del profesional, para favorecer y facilitar el apego.**

¿Cómo podemos los profesionales favorecer el apego?

La O.M.S. recomienda desde el año 1985 que el recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible; la observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.

Durante el parto es fundamental tener la oportunidad de permanecer en íntimo contacto con su bebé, desnudo y entre sus pechos y con la máxima privacidad posible para favorecer el inicio de este vínculo.

En el puerperio inmediato, lo ideal es no separar a la madre de su bebe; permitiendo que permanezca junto a él para mantener un contacto visual y táctil.

Los profesionales del nacimiento somos responsables de supervisar el inicio del apego y el establecimiento de la lactancia materna.

El resultado es que:

***** Los bebes emplean un conjunto de conductas innatas, especifica y similares a los mamíferos.

*Este "periodo sensitivo", predispone a preparar a las madres y a sus bebes para desarrollar pautas de interacción sincrónicas.

*Alguna actividades de rutina tempranas, puede perturbar el inicio de este vínculo afectivo y apego.

(Widtrom,1990; Gomez 1998; Jansson 1995; y Righard 1990)

CONCLUSIONES

La naturaleza prepara a la madre y bebe para necesitarse el uno al otro.

*El establecimiento del vínculo en el momento del nacimiento tiene un efecto muy positivo en la lactancia.

*Los profesionales del nacimiento tenemos la obligación de ayudar a iniciar este vínculo afectivo entre madre y bebe sano.

*Modificar muchos protocolos de rutina, existentes todavía en muchos hospitales.

"El bebe debe ser tocado y acariciado inmediatamente después del nacimiento. El debe tener el calor de la madre casi continuamente durante este tiempo, de lo contrario, todo el contacto físico del mundo no será suficiente"

Dr. Arthur Janoy

"El nacimiento es un acto sagrado, una representación en la tierra de la Creación de la vida. Dar a Luz es un acto sublime de amor, lleno de afecto y entrega. Toda madre, todo bebe, tiene derecho a vivirlo en toda su intensidad, con toda su carga emocional.

Respetando la gestación y el nacimiento, respetamos al Ser Humano, respetamos la Vida, y sembramos semillas para un mundo mejor."

Enrique Blay: Terapeuta psico-emocional

C-3. PUJOS EN ESPIRACIÓN FORZADA VERSUS PUJOS CON INSPIRACIÓN BLOQUEADA

Autoras: Mata Jorge Rebeca , García Jiménez Carmen.

INTRODUCCION

El equipo de fisioterapia de nuestro hospital nos comentó los diversos estudios que se habían realizado sobre los beneficios de los pujos en espiración forzada frente a los pujos dirigidos convencionales sobre el suelo pélvico. Nos comentaron que era el sistema de elección en Inglaterra, y quisimos comprobar si dicha clase de pujos era efectiva, ya que si eso era así, los pondríamos en práctica.
Así que decidimos estudia una muestra de mujeres a las que aplicar la nueva clase de pujos y compararla con otra muestra de mujeres con los que realizábamos los pujos que hasta ahora hacíamos.
Lo primero que debemos conocer es la definición de unos y otros y el tipo de musculatura que se utiliza en cada uno de ellos.

- PUJOS CON INSPIRACIÓN BLOQUEADA

Se inspira y bloquea la respiración, por lo que se contrae el diafragma y los abdominales y entonces se empuja. Se expulsa el aire y se respira profundamente para descansar el músculo uterino. Este tipo de respiración permite la salida más rápida del feto, pero puede ser demasiado brusca y deteriorar el periné. El pujo debe ser dirigido hacia la vagina, evitando empujar hacia el ano.

- PUJOS EN ESPIRACIÓN FORZADA

Se inspira, y en la espiración, cuando expulsamos el aire se empuja.
No utiliza el diafragma (durante la espiración sube hacia el tórax), utiliza el músculo uterino y las partes más bajas de los abdominales.
Produce una compresión progresiva sobre la musculatura del periné,que permitirá una mayor distensión del mismo

OBJETIVOS
Con el estudio realizado pretendemos:

- Detectar la manera más beneficiosa de pujo desde dos puntos de vista, materno y fetal.
- Establecer las condiciones idóneas para la realización de cada tipo de pujo.

Con el primer objetivo buscamos valorar si los pujos en espiración forzada (más beneficiosos para el suelo pélvico) son realmente efectivos para el momento de expulsivo y no alargan éste demasiado, de manera que sean contraproducentes, ya que el parto pueda acabar siendo instrumental por abrevio de expulsivo.

También debemos valorar si son beneficiosos para el feto, ya que se alarga la fase final del parto, y en numerosas ocasiones no podrán realizarse debido a la urgencia del registro cardiotocográfico fetal, realmente dicho parámetro es el que marcará la elección del tipo de pujo.

Con el segundo objetivo pretendemos establecer a partir de qué plano es efectivo el pujo en espiración forzada, ya que puede alargar en exceso el expulsivo si se realiza desde planos altos, como primero o segundo plano, y excedernos en el tiempo estimado para este periodo y desembocando en una ayuda con fórceps, ventosa o espátulas, lo cual agravaría el daño producido sobre el periné.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En cuanto a la descripción de las muestras incluidas en nuestra investigación, señalaremos que en ambos casos, aproximadamente dos tercios de las mujeres estudiadas son primigestas. Respecto a la preparación recibida en relación al tema que nos concierne, la ventaja es reseñable a favor de las mujeres que tenían formación en pujos en inspiración forzada frente a ninguna en espiración.

Referente al parto propiamente dicho, la diferencia entre una población y otra se centra en un mayor tiempo de expulsivo, prácticamente el doble en los casos en espiración forzada frente a los que practicaron el pujo en inspiración. El test de Apgar en ambos casos fue muy favorable, con una sutil diferencia a favor del pujo en inspiración. La media de los pesos en los recién nacidos también fue similar en ambos casos.

En cuanto a la utilización de la analgesia epidural, prácticamente del 100% en el grupo de mujeres que practicaron el pujo en espiración frente a un 66% en el segundo grupo.

Se registro una sensación de mayor cansancio entre la población femenina que practicó el pujo en espiración. Una mayor incidencia de episiotomías en el segundo grupo en detrimento de una mayor cantidad de desgarros dentro del primero.

Como conclusiones finales habría que reseñar:

- Los pujos en espiración forzada son de elección siempre y cuando la presentación haya superado el segundo plano y el estado fetal sea adecuado.

- Resultan más beneficiosos a nivel perineal ya que la distensión se realiza de modo más progresivo, se evitan las presiones bruscas sobre las fibras musculares y hay una menor incidencia de episiotomías.

- Este tipo de pujos resultan más cansados para la mujer porque aunque haya una mejor oxigenación, alargan de forma importante el expulsivo.

Nos ha resultado muy difícil la comparación de resultados, ya que son muy escasos y en ocasiones no demasiado fiables, los estudios relacionados sobre el tema. Pese a esto, las conclusiones son similares.

¿Queda abierta una franja para, por un lado ampliar el número de estudios intentando determinar con ello cuando sería más adecuado el uso de un pujo u otro o valorar la necesidad de una formación previa en los pujos en espiración forzada. Por otro lado sería muy útil añadir nuevos parámetros que nos ayudaran a valorar de modo más fiable y a más largo plazo el suelo pélvico.?

C-4. MEJOR LO HABLAMOS

Autores: Serrano Martos Juan Miralles González Isabel, Luque Bermúdez Mercedes, Pulido Soto Adoración, Lorite Garzón Catalina.

(VIDEO)

Los servicios de salud y en general cualquier organización que quiera mejorar la calidad percibida por sus usuarios, intenta encontrar la forma de evaluar el nivel de satisfacción de sus clientes.

Todo ello de distintas formas:

Escuchando: Formando a sus profesionales en la escucha activa, elaborando un registro de opiniones de sus usuarios...

Preguntando: Mediante encuestas de satisfacción, con modelos estandarizados de medida de la calidad percibida..

Gestionando las reclamaciones: mediante el análisis de las quejas y sugerencias.

Dentro del Plan de mejora del paritorio del Complejo Hospitalario de Jaén aparte de las estrategias antes mencionadas, queremos incorporar una nueva herramienta que creemos innovadora, recoger la opinión de embarazadas, puérperas ingresadas, y puérperas en su domicilio, **grabando sus opiniones en un video** (visionándolo posteriormente por todos los profesionales que intervienen en el proceso de embarazo parto y puerperio).

En estas grabaciones las pacientes y sus parejas o familiares expresan sus percepciones, sus protestas y propuestas así como sus expectativas con respecto a nosotros.

Nuestro objetivo por tanto es conocer de primera mano sin esquemas preestablecidos que esperan de nosotros nuestras gestantes y familia, y así ofrecerlos el mejor servicio posible.

Por tanto en **“Mejor lo hablamos”** encontrareis un video en el que esperamos que sus protagonistas nos hagan reflexionar sobre nuestra práctica diaria y aporten su granito de arena para la mejora continua.

C-6. EFICACIA DEL MASAJE PERINATAL ANTENATAL Y EN EL EXPULSIVO

Autoras: Luque Bermúdez Mª de las Mercedes, Merino Torres Isabel, Moral Parra Catalina, Pulido Soto Adoración, Ruiz Liébanas Gema.

INTRODUCCION

Hablar de la eficacia del masaje perineal antenatal y en el expulsivo, surge por el interés, tanto de los profesionales en atender como de las madres en tener, partos de baja intervención obstétrica.

El trauma perineal es una de las complicaciones más habituales en el expulsivo, se puede producir de una forma espontánea (desgarros) o en la praxis de la episiotomía, y es una de las mayores preocupaciones tanto de los profesionales que asistimos o preparamos a las mujeres para el parto, porque producen molestias, dolor e incluso pueden afectar en su vida sexual, como de las madres cuyo deseo es parir sin episiotomías ni desgarros importantes, ya que repercuten en la rapidez de su recuperación.

Existen distintas medidas para evitar o prevenir el trauma perineal:

- la posición de la mujer en el expulsivo.

- la protección del periné.

- masaje perineal anteparto.

- la paciencia durante el expulsivo.

Hay diversos estudios que tratan de resolver las dudas sobre la efectividad del masaje perineal para la prevención del trauma perineal.

El masaje perineal es una técnica para incrementar y provocar el ablandamiento y mejor distensión del periné para de esta forma evitar la morbilidad que pueden provocar los desgarros y las episiotomías.

En su realización se puede implicar a la pareja, haciéndole participe de esta forma en los cuidados del embarazo. Esta técnica debe formar parte de un plan de cuidados durante el embarazo.

OBJETIVO

- Determinar la efectividad del masaje perineal en fase antenatal y en expulsivo sobre el traumatismo perineal intraparto.

MÉTODO

Revisión bibliografía de la evidencia científica. Las bases de datos consultadas han sido: Cochrane Plus, Medline, Cuiden Plus y Cinahl. El descriptor utilizado ha sido: masaje perineal (perineal massage).

RESULTADOS

✓ Existen distintos *factores* que están relacionados con el riesgo de sufrir traumas perineales, entre ellos podemos citar:

- la paridad de la gestante, aumentando la tasa de desgarros en nulíparas.
- la presentación cefálica anómala, es decir aquella que no es de vértice con el occipucio como punto guía; fetos macrosómicos con aumento de los diámetros cefálicos.

- También disminuye la incidencia de traumas perineales, el uso restrictivo de la episiotomía, siguiendo las recomendaciones de la OMS para un parto normal. Además según el estudio de Martin S, Labrecque M el uso de episiotomía aumenta el riesgo y severidad del trauma perineal en el segundo parto.

- Otros de los factores que aumentan el número de traumas perineales y además el grado de estos es, la terminación distócica del parto, los vacuos y los fórceps.

Sin embargo no existe un consenso unánime en la protección del periné y el pujo dirigido para la prevención del traumatismo perineal.

Masaje perineal anteparto

- El masaje perineal antenatal se asocia a *una menor incidencia de desgarros que requieren sutura y a una disminución de un 15% la incidencia de episiotomías* en los partos eutócicos e instrumentales, estadísticamente significativo en mujeres sin partos vaginales anteriores.
- El trauma perineal ha sido asociado a dispareunia, incluso en un15% de las mujeres, hasta 3 años después. En mujeres con parto anterior y que han recibido masaje perineal antenatal, refieren *reducción del dolor perineal a los tres meses posparto.*
- El masaje perineal realizado a partir de la semana 35 de gestación y una o dos veces por semana es una *técnica preventiva de desgarros en nulíparas* no siendo útil en mujeres con partos anteriores.

Masaje perineal antenatal

- En algunos de los estudios se constata que el masaje perineal antenatal no modifica el número de desgarros de primer y segundo grado. Diversos estudios coinciden en afirmar el *descenso significativo* de los *desgarros de tercer y cuarto grado.*
- No hay evidencia de que reduzcan los problemas de incontinencia urinaria y fecal, ni mejora de forma significativa la satisfacción sexual posparto.
- No existen resultados unánimes que nos indiquen la reducción del número de partos instrumentales.

Masaje perineal anteparto

- La edad de la madre es una de las variables que pueden aumentar de forma significativa los beneficios del masaje perineal, obteniendo resultados más relevantes en mujeres mayores de 30 años, nulíparas, que realizan el masaje perineal diario, 6 semanas antes del parto.

Masaje perineal intraparto

- En uno de los estudios comparativo (6) entre un grupo de mujeres con masaje perineal frente, a otro que no utilizó esta técnica, se obtuvieron índices similares de desgarros de I y II grado, así como de episiotomías.
- En el estudio de Stamp G. se obtuvo una disminución de la tasa de desgarros de III grado en el grupo de gestantes en las que se efectuó masaje perineal en el expulsivo, pero este estudio no es suficiente para valorar este resultado.
- Algunos autores no descartan totalmente el masaje y estiramiento del periné durante el periodo del expulsivo, la mayoría de ellos no aprecian beneficios de esta técnica.
- No existe evidencia en la utilidad masaje perineal intraparto, y aunque no es perjudicial, si que puede ser molesto para la mujer.

CONCLUSIONES

No encontramos evidencia científica unánime que afirme que el masaje perineal antenatal tenga un efecto beneficioso estadísticamente significativo y sea de utilidad en la gestante, sí se constata que la mayoría de las mujeres lo aceptan fácilmente valorándolo como una práctica positiva (14) y que reduce la probabilidad de traumatismo perineal y en este caso, una disminución de la incidencia de episiotomías en nulíparas y protección de las funciones del periné en los tres meses después del parto.

Debemos informar a la mujer de los posibles beneficios del masaje perineal, así como informar de la realización de esta técnica.

Las mujeres refieren pequeñas molestias con la técnica del masaje perineal las primeras veces que lo realizan y desaparecen a los pocos días. Valoran positivamente el masaje perineal como parte de la preparación al parto, y muchas de ellas desean que su pareja se implique en esta experiencia. La mayoría de las mujeres ponen de manifiesto su intención de volver a utilizar el masaje perineal en su próximo embarazo.

La práctica del masaje perineal durante el parto:

- ✓ No incrementa la probabilidad de obtener un periné integro, ni favorece la disminución de dispareunia o problemas urinarios o fecales.
- ✓ Se requiere la realización de un estudio para valorar la disminución de los desgarros de III grado con la utilización del masaje perineal en el expulsivo.
- ✓ No encontramos evidencia científica significativa que indique que el masaje perineal en el expulsivo produzca beneficios, aunque es una práctica entre los profesionales muy extendida, lo que se denomina “chocolateo” y aún sabiendo que no es perjudicial, no es recomendable, porque como hemos dicho, no aporta ningún beneficio al periné y sí puede resultar doloroso y molesto a la mujer en el período del expulsivo.
- ✓ Además tenemos la recomendación de la OMS de no realizarlo así como el realizar un uso restrictivo de la episiotomía y disminuir de este modo la tasa de episiotomía.

C-7. REVISIÓN SOBRE MORTALIDAD MATERNA EN ESPAÑA

Autoras:Rodríguez Ferrer Rosa Mª, Feijoo Iglesias Belén, Magdaleno del Rey Gema, Pérez Gay Pilar, Ruiz Rey Ana Mª.

INTRODUCCION

La Maternidad es una experiencia positiva satisfactoria para la mayoría de las mujeres. Una Experiencia de vida que en ocasiones se transforma en una experiencia de muerte.

Cualquier mujer puede tener complicaciones impredecibles e inesperadas a lo largo de su embarazo, parto o puerperio.

La Mortalidad países desarrollados es muy baja, desgraciadamente el 99% de la mortalidad materna se da en los países subdesarrollados. La mortalidad materna está asociada a la pobreza y el subdesarrollo. No por esto debe dejar de ser estudiada, de manera que cuando ocurre constituye un elemento centinela que nos obliga a revisar todo el proceso con el fin de prevenirla. La muerte de una madre puede ocasionar la incapacidad e incluso la muerte del recién nacido y es un hecho que aumenta la morbimortalidad neonatal durante el primer año de vida por la falta de cuidados maternos.

La muerte de una madre causa un impacto y abatimiento en el profesional que es difícil de superar. El hecho de que una mujer joven se ponga en nuestras manos para parir a un hijo y la perdamos, es duro.

La muerte de una madre en los países desarrollados no es aceptado socialmente y suelen acabar en problemas legales, por ello podemos decir que la muerte materna es una tragedia familiar y social, siendo uno de los principales objetivos su prevención.

La disminución mortalidad materna ha sido debido a las mejoras asistenciales incluyendo tanto a los avances tecnológicos como la mejora en la formación de los profesionales, así como los programas de residentes EIR matronas como a la formación continuada.

El estudio mortalidad materna es un importante indicador calidad obstétrica en España.

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante su embarazo, su parto o los 42 días posteriores debido a cualquier causa relacionada con el embarazo, con el parto o posparto, o agravada por este, pero no por causas accidentales o incidentales.. Posteriormente la O.M.S. habla de muerte materna tardía que es la que ocurre pasados 42 días y antes del año.

Los tipos de mortalidad materna son las siguientes:

- Mortalidad maternas directas (OMS 9ª revisión), como consecuencia directa de las complicaciones. del embarazo, parto o puerperio.
- Mortalidad maternas indirectas, enfermedades que se agravan como consecuencia de los efectos fisiológicos del embarazo.
- Mortalidad materna relacionada con la gestación (OMS 10ª revisión)

Las medidas de mortalidad materna en España son:

- Razón de Muerte Materna
- Tasa de Muerte Materna
- Riesgo de muerte materna durante toda la vida

La tasa de mortalidad materna es nº de mujeres muertas/ por nacidos vivos x 100.000

Esta tasa mide el riesgo obstétrico que en los países desarrollados es de 7,5 a 15 x 100.000 nacidos vivos.

Riesgo de muerte materna está valorando el riesgo de morir que tiene una mujer en los países desarrollados cada vez que queda embarazada: 1cada 6.000 a 1 cada 9.000 gestaciones.

RESULTADOS

- Hay una subestimación de las estadísticas oficiales. Se considera que la mortalidad materna es entre un 25-80% superior (Estadística hospitalaria del Profesor De Miguel)
- Presentamos un estudio del Hospital Virgen del Rocío (URO), donde el 0,3% de las mujeres atendidas por parto pasan a la unidad de recuperación obstétrica con una mortalidad del 0,2% y concluyen que la mortalidad materna ha disminuido desde que cuentan con las Unidades de Recuperación Obstétrica. Las complicaciones de la eclampsia y del edema agudo de pulmón están directamente relacionadas con el manejo que se realice. También han tenido 2 embolias de líquido amniótico con resultado satisfactorio.
- Por cada mujer muerta hay de 10 a 15 mujeres que presentan complicaciones graves.
- En los países desarrollados la mortalidad es de 2-15/100.000 nacidos vivos.

ESTUDIO PROF. DE MIGUEL SESMERO

- 363.589 NACIDOS VIVOS 26 casos de muerte materna cuya tasa de mortalidad materna es 7,5/100.000 nacidos vivos, con un riesgo de mortalidad materna de 1/14.663
- Datos comunicados al INE ese mismo año 1.090.921 nacidos vivos en España, declaradas 30 muertes maternas. Dato considerado improbable avalando que en España la mortalidad materna está subestimada. pudiendo deberse este hecho a la inadecuada modificación o el inadecuado formato de certificado médico de defunción.

Declaración de Tasa de mortalidad en diferentes países

- Inglaterra: 13/100.000 nacidos vivos
- Suiza: 7/100.000 nacidos vivos
- España: 4/100.000 nacidos vivos
- Holanda: 11/100.000 nacidos vivos
- Noruega: 16/100.000 nacidos vivos
- Alemania: 8/100.000 nacidos vivos
- Francia: 17/100.000 nacidos vivos

Causas de mortalidad materna directa en España

Hipertensión Inducida por Embarazo	30,76%
Embolia pulmonar	23,07%
Hemorragia	23,07%
Otras	23,07%

(1995-1997)

Mortalidad materna europea 7 - 15/100.000 nacidos vivos

De Miguel JR. Mortalidad materna en España en el período 1995-1997: resultados de una encuesta hospitalaria. Prog Obstet Ginecol 2002; 45:525-34.

Mortalidad materna por cesárea

- Morbimortalidad de cesáreas es mayor. Mortalidad cesáreas 1/1000, 3-10 veces mayor que en partos vaginales
- Mayor tasa cesáreas hospitales privados mientras que en los públicos
- La mayor parte complicaciones obstétricas no puede prevenirse ni evitarse. La mejor respuesta es el tratamiento precoz y adecuado (Servicios obstétricos de emergencia)
- Cualquier demora en la aplicación del tratamiento puede costar la vida.
- Modelo de "las tres demoras"
  - Demora en la decisión de buscar ayuda
  - Demora en llegar al centro de tratamiento
  - Demora en recibir tratamiento adecuado en el centro

* Estudio Oklahoma- 67% de las muertes eran evitables (actuaciones u omisiones del personal sanitario, comportamientos pacientes, el resto factores múltiples).

CONCLUSIONES

- Cualquier mujer puede tener complicaciones inesperadas e impredecibles durante su embarazo, parto y puerperio. La matrona es el profesional que más cerca se encuentra de la gestante, sobre todo durante el parto, por lo cual deberá tener muy en cuenta esta posibilidad, reconocer los signos, saber responder y ser lo bastante diligente en dicha respuesta.

- Los medios adecuados para dar respuesta a estas temidas complicaciones son indispensables así como la formación de los profesionales del parto, como así lo ha evidenciado la disminución de la mortalidad materna en los países desarrollados a lo largo del siglo XX.

- La mortalidad materna en los países desarrollados es muy baja pero no por ello deja de ser fundamental su estudio. La muerte de la madre representa un drama social y familiar:

  - La pérdida materna aumenta las probabilidades de morbimortalidad en el recién nacido.
  - Para una familia de un país de nuestro entorno resulta muy difícil asumir una muerte materna, por explicaciones que reciban el resultado es tan doloroso que suele acabar en procesos judiciales.
  - Es importante el impacto que causa en el profesional la pérdida de una mujer joven y generalmente sana que se pone en sus manos para traer al mundo a sus hijos.

- Según los datos revisados en los distintos estudios debemos asumir que la mortalidad materna se da, la estadística por el momento se está cumpliendo. Nuestra obligación es proveer a cualquier mujer de los cuidados excelentes para evitar estos desenlaces, pero también es necesario asumir que aún hecho lo correcto a veces estas pérdidas se producen y a cualquiera de nosotros nos puede tocar sufrirlas y lo deseable sería hacerlo sin culpabilidades.

- Quizá deberíamos reflexionar sobre si todos los hospitales en los que se realizan partos en nuestro país reúnen los óptimos criterios que anteriormente se han expuesto como decisivos para solucionar los problemas que puedan surgir. También sería interesante plantearse si la actuación profesional está siempre encaminada al bien de la mujer y el niño o a otros intereses. Nuestro criterio y crítica al respecto es importante a la hora de asumir la prioridad que supone la salud de la mujer y el niño, no es responsabilidad exclusiva del facultativo, la matrona como profesional cualificado y decisivo en la atención al proceso perinatal debe plantearse qué es lo que se está haciendo en determinados sectores y qué es lo mejor para la salud materna y del neonato.

C-8. EFECTO DE LA POSTURA DE SIMS MODIFICADA SOBRE LA ROTACIÓN

Autoras: Martín de Vega, Rosa Ana, Feijóo Iglesias Belén, Magdaleno del Rey Gema. Rodríguez Ferrer R.Mª, Ruiz Rey A.Mª .

INTRODUCCION

Las mujeres que acuden a un centro hospitalario para parir, en su mayoría solicitan la administración de analgesia epidural, ya que, en la actualidad, es la forma más efectiva de aliviar el dolor inherente al parto. En nuestro hospital en 2006, la media de aplicación de analgesia epidural estuvo en el 65,7% de un total de 10.634 partos.

Múltiples estudios indican que la utilización de la analgesia epidural en el trabajo de parto ha dado lugar al aumento del tiempo en el proceso de dilatación, así como del periodo de expulsión fetal.

Las mujeres durante su dilatación permanecen en la cama los movimientos son libres siempre que se constate el bienestar fetal aunque muy limitados debido a la monitorización interna debido a la monitorización interna sin telemetría y a la administración de la analgesia epidural. En el segundo periodo del parto es cuando se dirige la posición de la mujer la que debe adoptar en función del bienestar fetal y de los criterios personales del obstetra o de la matrona.

Las posiciones más habituales que se utilizan en nuestro país durante el segundo periodo son las de Sims (decúbito lateral, preferentemente izquierdo) y la de semi-Fowler (semisentada con un ángulo no superior a 45º). La de litotomía o posición obstétrica, es utilizada preferentemente cuando el feto está en III-IV plano y se va a producir el parto.

La presión asistencial de nuestro centro nos ha llevado a buscar alguna posición que favoreciera el paso del cilindro fetal por el canal del parto haciendo que el tiempo para ello se redujera.

Tras la remodelación de los paritorios y la adquisición, por parte de nuestro hospital, de unas camas articuladas que ofrecen la posibilidad de convertirse en mesa de partos, se empezó a utilizar por parte de un grupo de matronas la posición de Sims con la modificación que este tipo de camas hace posible, consistente en levantar una de las perneras. La mujer en decúbito lateral coloca la pierna anterior sobre la pernera en posición paralela a la inferior, evitando la separación forzada de ambas rodillas, permaneciendo firme y segura durante el segundo periodo de parto o periodo expulsivo y agarrándose a los asideros que proporciona la cama para realizar sus pujos.

ANALISIS

En la postura de Sims modificada la mujer durante el pujo realiza dos movimientos:

Al colocarse, un movimiento de **contranutación y anteversión**. Aumentan los diámetros antero-posteriores de la pelvis (conjugado anatómico, conjugado obstétrico y conjugado diagonal) al retroceder el promontorio del sacro y separar las alas ilíacas. Simultáneamente, el coxis avanza y los isquiones se aproximan. Esto favorece el posicionamiento de la presentación en el estrecho superior de la pelvis, la flexión de la cabeza, presentando el diámetro suboccípito-bregmático, disminuye los diámetros de la presentación, permitiendo el encajamiento y el descenso del feto, ayudado por el mecanismo de palanca que se produce como consecuencia de la resistencia pasiva que ofrece la pelvis al descenso de la presentación por las contracciones y favoreciendo su paso al estrecho medio .

El segundo movimiento, contrario al anterior, lo realiza la mujer al contraer la postura.

Movimiento de **nutación y retroversión.** La mujer flexiona el tronco hacia delante agarrada al asidero de ese lado de la cama. Retrocede el coxis, aumentando el diámetro antero-posterior o subpubo-coxígeo y se separan los isquiones a la vez que el promontorio y las alas ilíacas se colocan en su posición habitual. Esto favorece el paso de la cabeza fetal por el estrecho inferior de la pelvis, adaptando la sutura sagital al

diámetro antero-posterior, al mismo tiempo que el diámetro biparietal pasa entre las espinas ciáticas. Al tener levantada la pierna anterior de forma paralela a la inferior, se descomprime la pelvis, favoreciendo el proceso, a diferencia de cuando la mujer tiene las rodillas muy separadas, como sucede en posición de litotomía en la que se aproximan los ísquiones.

A lo largo de aproximadamente año y medio, desde la remodelación del paritorio, la observación a partir de la práctica clínica nos ha llevado a pensar la posibilidad de que esta postura favorezca el paso del cilindro fetal por el canal del parto, disminuyendo así el tiempo de expulsivo y reduciendo el estrés fetal.

Criterios de inclusión

1. Gestantes nulíparas con gestación a término
2. Feto único, longitudinal, cefálica, con criterios de peso estimado dentro de la normalidad.
3. En dilatación completa
4. Analgesia epidural previa en perfusión continua.
5. Realización de pujos dirigidos tipo Valsalva.

Criterios de exclusión

1. Gestación múltiple.
2. Patología fetal previa.
3. Diagnóstico fetal ante parto de CIR o macrosomía.
4. No administración previa de analgesia epidural.
5. Alteraciones sugestivas de pérdida de bienestar fetal.
6. Falta de comprensión de la hoja informativa por parte de la paciente.

La asignación de cada mujer a los grupos experimentales se realizará utilizando un procedimiento de aleatorización.

CONCLUSIONES

Si con la posición de Sims modificada se favorece y facilita el segundo período del parto, obtendremos beneficios tanto para la madre como para el feto, con disminución de las distocias de presentación y rotación.

Se verían por lo tanto disminuidas también las actuaciones obstétricas y el número de partos instrumentales, por lo que se minimizarían los riesgos de morbilidad perinatal que pudieran asociarse, a la vez que se podrían reducir el número de cesáreas por distocias.

La disminución de la estancia de la mujer en las salas de dilatación mejoraría la calidad asistencial y la optimización de los recursos existentes haciéndolos más ágiles.

En relación al coste económico, se tendría que valorar la disminución del mismo al reducir el tiempo de permanencia en las áreas de dilatación y partos, en ocasiones sobrecargadas debido a la importante presión asistencial. También la disminución del gasto que otras actuaciones obstétricas (partos instrumentales, cesáreas) llevan acarreados ante la necesidad de requerir la apertura de quirófanos, la presencia de personal sanitario de esa área y del servicio de anestesia, así como el aumento de la estancia hospitalaria de la mujer y el niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez Rojas AM, Fernández Soriano MA. Analgesia epidural y finalización del parto. Enferm Cientif pag 248- 249: 28-32. Nov-Dic 2002.
2. Datos estadísticos publicados en la maternidad del Hosp. Univ. La Paz Servicio de Ginecología y Obstetricia. Dic 2006.
3. Ruiz FJ, Lacal JF, Prado M de, Gomáriz MJ, Rodríguez MI, Castellano FD. Analgesia epidural y parto. Resultados obstétricos y perineales. Rev Matronas Prof. Jun 2001; 4:27-30.
4. Hernández Martínez A, García Serrano I, Pascual Pedreño A, Salinas T. Influencia de la duración del expulsivo sobre la morbilidad neonatal. Rev. Matronas. Vol 5, nº 18. pag 14-18.
5. Fernández del Castillo I. La revolución del nacimiento. En busca de un parto más humano y menos traumático. Ed Barcelona: Edaf 1995.
6. Carreras I. Posición materna durante el segundo periodo del parto: revisión de evidencias. Rev. Evidentia 2 (6) Sept-Dic 2005.
7. Michel SC, Rake A, Treiber K, Seifert B, Chaoui R, Huch R, et al, MR obstetric pelvimetry: effect of birthing position on pelvic bony dimensions. AM J Roentgenol. 2002, 179(4); 1063-1067.
8. Benito González E, Rocha Ortiz M. Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. Rev Facultad de Ciencias de la Salud. Vol. 3. 2005.
9. Gupta JK, Nikodem VC. Woman´s position during second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev 2000; (2): CD002006.
10. Calais-Germain B. El periné femenino y el parto. Elementos de anatomía y bases de ejercicios. Ed Los libros de la Liebre de Marzo: 28-29, Abr 1998.
11. Walsh D. Birth positions in a large consultant unit. Encouraging trends. [Journal Article]. Practising Midwife. 1 (6): 34-5, Jun 1998.
12. Martín de Vega RA. ¿Aumenta el riesgo de hipertermia la analgesia epidural en el trabajo de parto? Rev. Excelencia Enfermera. Feb 2006.
13. Santos Rubio Mª A, Esteban de Castro E, Posturas de parto: ¿Bipedestación o decúbito? Rev. Rol Enfermería. XII (127): 35-39. Mar 1989.
14. Sáiz Puente S, Jiménez Arqués M I, Ortiz Villanueva L. Recuperación de la silla partera: una nueva experiencia en el Hosp. "Príncipe de Asturias" de Alcalá de Henares. IV Congreso Nacional I Internacional de Historia de la enfermería. Servicio de publicaciones de la Univ. Alcalá de Henares. Madrid. 3-5 abril 2003.
15. Smith S. Birth stools. In harmony with gravity. [Journal Article] Midwifery Today & Chilbirth Education. (39): 16-7, 1996.
16. Obsborn A, Cohen J. What is your experience with birth stoll? Do you recommend them? Why or why not? [Journal Article* Midwifery Today & Childbirth Education. (39): 12, 1996.
17. Hagymasy L, Gaal J. A comparative study of vertical and horizontal deliveries in the presence and with the assistance of the woman's partner. [Journal Article]. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 19(2):98-103, Jun 1998.
18. Downe S, Gerrett D, Renfrew MJ. A prospective randomised birth outcome in nulliparous women using epidural analgesia. Rev. Midwifery volume 2, issue 2, 157-168. Jun 2004
19. Shener RH, Raines DA. Positioning during the second stage of labour: moving back to basics. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 26 (6): 727-34. 1997 Nov-Dic.

Baz M, González Casado A, De la Peña G. Efectos de la deambulación durante el parto en gestantes con analgesia epidural. Rev Matronas vol 5, nº 18 pag

C-9. UN MOTIVO MAS PARA EL PARTO VIA VAGINAL: LOS RECIEN NACIDOS POR VIA VAGINAL OYEN ANTES QUE LOS NACIDOS POR CESAREAS

Autoras: Jiménez Iglesias Virginia, Arenas Puerta Tania, Piñero Navero Sofia, Alarcos Merino Granada, Ortega Ballesteros Eva María.

INTRODUCCION

El niño al nacimiento, es un ser inmaduro, y el contacto con el medio le va a permitir su correcto desarrollo e integración social.

Las otoemisiones han demostrado su valor como prueba de cribado a través del tiempo y de diversos estudios.

Constituyen el primer paso en el Programa de detección precoz de sordera de la Comunidad de Extremadura.

Existen varios factores demostrados que influyen en el resultado:

- Edad: 4-10 días
- Sexo: más resultados normales en sexo femenino
- Experiencia del examinador
- Ruido ambiental
- Factores de riesgo

Estos factores pueden condicionar un mayor número de repeticiones

Es importante conocer el momento ideal para realizar la prueba: menos repeticiones sin comprometer la cobertura

El tipo de parto siempre ha sido un factor obviado y sin embargo muy importante.

OBJETIVO

Analizar si los recién nacidos por parto vaginal oyen antes que los nacidos por cesárea, independientemente del motivo de ésta.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron a todos los recién nacidos en el Hospital Materno Infantil de Badajoz a quienes se les realizaron otoemisiones *diariamente* y cuyos resultados fueron *normales en ambos oídos* antes del alta hospitalaria, durante el año 2005.

Se excluyeron a todos los recién nacidos explorados el primer día laborable después de fines de semana y/o festivos, así como a los niños ingresados en Unidad de Cuidados Neonatales, ya que en estos casos no hubo un seguimiento diario.

Las otoemisiones fueron realizadas con equipo Echo Check y por la misma persona.

La información se agrupó en una base de datos incluyendo las variables: edad, sexo, tipo de parto, factores de riesgo y resultado de otoemisiones.

Sensibilidad 90-100% y especificidad 85-100%.

En las primeras 24 hrs. de vida se ha reportado hasta un 20% de falsos positivos: debido a la presencia de contenido de líquido en oído medio restos de vérnix caseoso en conducto auditivo externo.

El estudio realizado fue prospectivo, con la siguiente hipótesis: en los niños nacidos por cesárea tardan más en normalizarse las otoemisiones que en los nacidos por parto vaginal

Los datos se sometieron al análisis estadístico utilizando el total de oídos explorados y aplicando el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

- ✓ Población: 1498 recién nacidos
  Sexo femenino: 748 (49,93%)
  Sexo masculino: 750 (50,07%)

- ✓ Según tipo de parto:
  Parto vaginal: 1155 (77,1%)
  Parto por cesárea: 343 (22,9%)

DISCUSIÓN

- Se ha demostrado que sólo un cribado auditivo universal en el recién nacido es efectivo para la detección temprana de hipoacusia.
- Otoemisiones
- EA se están utilizando en varios programas de cribado:
  - Prueba sencilla, rápida y bajo coste.
  - No invasiva.
  - Portátil.
- De acuerdo a los resultados de nuestro trabajo, el *tipo de parto* es un factor a tomar en cuenta:
  - Normalización más tardía en nacidos por cesárea.

CONCLUSIONES

- ✓ Los recién nacidos por parto vaginal oyen antes que los nacidos por cesárea.

- ✓ El tipo de parto es un factor a considerar al realizar las otoemisiones a un recién nacido. El mejor momento para realizar las otoemisiones es al alta hospitalaria, ya sea en partos vaginales o cesáreas.

- ✓ Encontramos otro motivo más para, tratar en la medida de lo posible, (excluyendo las causas irremediables de cesárea), intentar y concienciar la necesidad de realizar el parto vía vaginal

C-10. NORMA ISO-9001/2000, EN EL PROCESO DE ATENCIÓN A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Autores: Vila Candel, Rafael, Asensio Tomas Nieves, Aparici Navarro Angeles.

G. Cañellas Martínez

INTRODUCCION

La NORMA ISO-9001/2000 tiene como principal objetivo, la satisfacción del cliente, además, la gestión de calidad representa una garantía para los propios profesionales, para la organización y para la mujer y para la sociedad en general.

Apareció por primera vez en 1987, posteriormente se remodeló en 1994 y actualmente se está revisando la del 2.000 que es menos burocrática.

La retroalimentación de los usuarios, el desarrollo de los modelos de evaluación y mejora continua, así como las criticas especializadas hacen que se requiera un estándar que emplee una aproximación de gestión basada en el proceso, que sea compatible con otros sistemas de gestión de calidad que incluya requisitos para la mejora continua del sistema de calidad, que coincida con las necesidades de los participantes externos y que sea amigable al usuario y al cliente.

La Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR) es una entidad dedicada al desarrollo de la normalización y la certificación (N+C) en todos los sectores industriales y de servicios. Se autodefine como una entidad española privada e independiente, sin animo de lucro, reconocida en los ámbitos nacional, comunitario e internacional y que contribuye mediante el desarrollo de las actividades de normalización y certificación a mejorar la calidad en las empresas, sus productos y servicios, así como a proteger el medio ambiente y con ello, el bienestar de la sociedad.La familia de normas ISO 9000 es un conjunto de normas de calidad establecidas por la Organización Internacional para la Estandarización (ISO) que se pueden aplicar en cualquier tipo de organización. La Norma ISO 9000 se centra en la eficacia de la gestión de la calidad para dar cumplimiento a los requisitos del cliente y presenta el concepto de mejora continua. Se insiste en que el sistema de gestión de la calidad tiene que ser algo dinámico que se va enriqueciendo continuamente alimentado por la satisfacción/insatisfacción de los clientes y por sus diferentes demandas a lo largo del tiempo. Para verificar que se cumple con los requisitos de la norma, existen unas entidades de certificación que dan sus propios certificados y permiten el sello. Estas entidades están vigiladas por organismos nacionales que les dan su acreditación.

Para la implantación es muy conveniente que apoye a la organización una empresa de consultoría que tenga buena referencia y el firme compromiso de la dirección de que quiere implantar el sistema, pues es necesario dedicar tiempo del personal de la empresa, para implementar el sistema de calidad.

El modelo de sistema de calidad consiste en cinco principios básicos:

1. Sistema de gestión de calidad
2. Responsabilidad de la gestión
3. Gestión de recursos
4. Realización del producto
5. Medición: Análisis y mejora
   El departamento debe planificar su actividad de acuerdo a los requerimientos de los clientes, para satisfacer esto, se planifica, se provee de recursos y finalmente, se atiende a los usuarios.

También es necesario medir el grado de satisfacción de los usuarios, es decir, como hemos satisfecho los requisitos que nos demandaban con el objeto de mejorar y adecuar nuestras actuaciones sobre sus necesidades.

OBJETIVOS

En el año 2003 Ribera Salud, empresa concesionaria de la Atención Especializada en el Área de Salud 10 (Departamento 11) de la Comunidad Valenciana, pasó de gestionar el Hospital de La Ribera (Alzira) a encargarse de gestionar la sanidad de todo el Departamento de Salud, incluyendo la Atención Primaria. Esto obligó a replantearse tanto las políticas de certificación ISO 9000 como las relativas a la gestión por procesos, de modo que se marcó como objetivo integrar, tanto los procesos de Atención Primaria, como los de Especializada en macroprocesos comunes.

El grupo de trabajo lo formaban: la Matrona del Centro de Salud de Alginet, la Supervisora de Paritorio y Maternidad del Hospital, la Dirección de Enfermería, el Coordinador de Ginecología y Obstetricia del Hospital y el Subdirector de Calidad. Se planificaron las acciones y se instauró una rutina de trabajo, de febrero 2004 hasta enero 2005, en reuniones de trabajo de 2 horas, cada quince días.

El proceso de Atención a la Mujer Embarazada tiene como objetivo describir las actividades llevadas a cabo desde que la mujer confirma su gestación y finaliza el parto, hasta producirse el Alta del Recién Nacido y de la Puérpera. Este procedimiento afecta principalmente a las Matronas, Ginecólogos y Médicos de AP, bien sean del Hospital, o de un Centro Sanitario que intervengan en alguna de las etapas de la gestación. En la descripción del procedimiento se incluyen las actividades desempeñadas por el Servicio en sus ámbitos de responsabilidad, consideraciones, exigencias y actuaciones específicas de la actividad desempeñada y de tipo legislativo. En este sentido, existe un listado actualizado con la legislación vigente que afecta a las actividades desempeñadas por Atención a la Mujer.

Los procedimientos que abarcan la Atención a la Mujer Embarazada son:

- Embarazo (PR-75-04-1)
- Parto (PR-75-04-2)
- Puerperio (PR-75-04-3)
- Embarazo (PR-75-04-1)

Para desarrollar el proceso de Embarazo se confeccionaron las instrucciones que detallan las acciones pertinentes, quien las realizaba y en qué momento del proceso:

- IT-01-A: Primeros Controles Gestacionales.
- IT-01-B: Prueba de Cribado para Diabetes Gestacional
- IT-01-C: Prevención de la infección Neonatal por Estreptococo del Grupo B.
- IT-01-D: Control de Embarazo Normal.

Parto (PR-75-04-2)

Se describen las actividades llevadas a cabo desde que empieza el parto hasta que se produce la expulsión del feto, placenta y membranas, por vía vaginal. Se distingue entre parto eutócico y distócico, y se describen todas la actuaciones que se llevan a cabo en cada etapa del parto por parte de los profesionales implicados en la instrucción:

- Actuaciones en el Parto (IT-02-A).
- Puerperio (PR-75-04-3)

Se describen las actividades llevadas a cabo desde que se finaliza el parto hasta que se produce el Alta de recién nacido y de la puérpera. Los documentos que se desarrollaron para la elaboración del procedimiento fueron:

- IT-03-A: Cuidados del recién nacido.
- IT-03-B: Controles de la puérpera y del recién nacido.

RESULTADOS

Se definieron tres procesos clave (embarazo, parto y puerperio), que se documentaron y completaron con distintas instrucciones técnicas. Se definió la participación y responsabilidad de cada uno de los actores de Atención Primaria y Especializada en cada uno de los procesos. En enero de 2005 se realizó la auditoria por AENOR y se certificó el proceso en el CAP de Alginet, y en Febrero de 2006 se consiguió en el CAP de Alberic, ambos centros pertenecientes al Departamento 11 de la agencia valenciana de salud.

Se realizaron las encuestas de satisfacción pertinentes a los usuarios para comprobar la integración por procesos.

CONCLUSIONES

Las expectativas de futuro para el proceso de evaluación y mejora de la calidad ya efectuada en algunos hospitales mediante FQM, ISO e Inaceps se extenderá al resto de la comunidad.

La implantación de un sistema de gestión de calidad facilita hacer las cosas bien y a la primera. Define los procesos que, quien, cómo y cuándo e integra los requisitos de los usuarios

Es la partitura común para todos los miembros de la orquesta. Es una herramienta a utilizar cuando existen dudas, u otra persona tenga que reeditar una determinada actividad

En España no existe instrucción anterior a nosotros que haya certificado por AENOR los procesos de embarazo, parto y puerperio. Cabe la posibilidad que haya alguna institución que tenga este certificado por otra empresa que no sea AENOR, pero actualmente no tenemos constancia de ello. Lo que se ha iniciado en Alginet y Alberic se extrapolará a todos los Centros de Atención Primaria para llegar a una verdadera integración de procesos, algo que pensamos que es inédito en la sanidad pública española e incluso a nivel europeo.

Agradecer al Departamento de Calidad y Normalización, al Servicio de Obstetricia y Ginecología y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en el proceso.

C-11. CONSULTA PRECONCEPCIONAL Y CONSEJO GENÉTICO; HABLA CON TU MATRONA

Autores: Núñez del Moral, Sonia, Caparrós Molinero, José Manuel, Vila Candel Rafael, Aguilera Rodríguez Francisco Javier, Pavón Gutiérrez, Viviana.

INTRODUCCION

A comienzos del siglo XX el índice de mortalidad infantil en nuestro país era del 20% y progresivamente estas cifras han ido reduciéndose hasta llegar al 0,7-0,8% en nuestros días, gracias a los avances higiénicos, nutricionales y sociales. Dentro de las causas de mortalidad infantil actuales destacan las afecciones perinatales en un 45% de los casos y las malformaciones congénitas en un 30%. La etiología es en un 80% de los casos de base genética y en un 20% la causa se debe a la acción de teratógenos.

Una de las características básicas de la Atención Primaria de Salud es la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Dentro de este marco conceptual encuadramos a la planificación preconcepcional, que podríamos definirla como "el conjunto de actividades dirigidas a que la pareja presente en el momento de la concepción un nivel de salud óptimo".

La asistencia preconcepcional tiene como objetivo promover la salud de la mujer y de su futura descendencia. El bienestar de la mujer depende de su estado de salud o enfermedad, nutrición, hábitos personales, estilo de vida e influencias ambientales. Como la salud de la mujer durante el embarazo depende de su salud antes de la gestación, la asistencia durante el período preconcepcional se considera el primer paso de la asistencia prenatal y debería comenzar entre 6 meses y 1 año antes de la gestación.

En este contexto de asistencia preconcepcional es donde se debe aplicar el denominado consejo genético, que consiste en valorar el riesgo de aparición o de repetición, en una pareja determinada, de una alteración genética hereditaria o cromosómica en su descendencia.

Un adecuado asesoramiento genético deberá estar basado en los siguientes puntos:

- Establecer un diagnóstico preciso.
- Determinar la etiología de la alteración.
- Calcular el riesgo y evaluar la carga médica, emotiva y económica que un problema genético representa para los consultantes, para el propio paciente y para la sociedad.

Las indicaciones para la consulta de asesoramiento genético preconcepcional son:

1.-Nacimiento de un hijo con malformaciones. Suele presentar el 90% de las consultas de asesoramiento genético.

2.- Parejas de riesgo conocido:

- Cuando uno de los miembros de la pareja está afecto de una alteración de etiología genética y, por tanto, con riesgo de recurrencia en su descendencia (enfermedades autosómicas dominantes como la acondroplasia, nerufibromatosis, osteogénesis imperfecta, etc).
- Cuando la mujer es portadora sana de una alteración genética recesiva (enfermedad de Duchenne, hemofilia).
- Uniones consanguíneas.
- Cuando uno de los miembros es portador de una alteración cromosómica en equilibrio, con riesgo de embarazos con fetos portadores de alteraciones cromosómicas.

3.- Parejas con fracasos reproductivos.

- Esterilidad.
- Abortos de repetición sin causa obstétrica conocida.
- Recién nacidos muertos o que mueren en el periodo neonatal.

El consejo genético debe recoger:

- Edad de ambos progenitores en el momento del nacimiento.
- Alteraciones hereditarias en familiares cercanos.
- Historia familiar de enfermedades psiquiátricas.
- Historia de enfermedades hereditarias.
- Antecedentes de abortos espontáneos.
- Abuso de sustancias tóxicas.
- En ocasiones, puede ser necesario completar la actividad con estudios específicos (estudios de genética molecular, cariotipo). Las indicaciones para la realización de un cariotipo son:

- Uniones consanguíneas.
- Cromosomopatía familiar.
- Esterilidad de causa desconocida.
- Progenitor afecto de cromosomopatía.
- Infertilidad.
- Hijo anterior afecto de cromosomopatía.

El **objetivo final** del cariotipo será permitir a las personas afectadas conocer, comprender y asumir los problemas genéticos que existen en su familia, con el fin de optar libremente ante situaciones de riesgo reproductivo.

Las parejas suelen acudir a la consulta en tres circunstancias:

a) Antes de la procreación:
a. Cuando uno de los futuros padres es portador de una anomalía que teme transmitir a sus descendientes.
b. Cuando alguno de sus familiares, más o menos lejano, padece una enfermedad genética.
c. Cuando los futuros padres son consanguíneos.
b) Tras el nacimiento o el aborto de un niño anormal.
c) Tras el diagnóstico prenatal de una anomalía o malformación.

CAUSAS DE MALFORMACIONES FETALES

CAUSAS EXÓGENAS

Infecciones parasitarias y víricas:

- Rubéola
- Citomegalovirus
- Herpes
- Varicela
- Toxoplasmosis

Factores maternos:

- Carencias de Ácido Fólico, Oligoelementos (Zn, Mn) o Vitaminas A y $B_{2.}$
- Alcoholismo.
- Diabetes insulino-dependiente.
- Fenilcetonuria.

Medicamentos y tóxicos:

- Anticonvulsivantes.
- Antimitóticos.
- Psicotrópicos.
- Anorexígenos.
- Anti-Vitamina K
- Pesticidas.
- Líquidos para lavado en seco.
- Metales pesados (Mercurio).

Radiaciones ionizantes:

- Rayos X. Valorar según edad gestacional.
- Elementos radiactivos. Yodo 131, Cromo 51 y Fósforo 32

CAUSAS ENDÓGENAS GENÉTICAS

a) Mutaciones genéticas (enfermedades monogénicas). Suponen el 10 por 1000 nacidos vivos. Se trata de mutaciones que afectan a un sólo gen. Siguen leyes de herencia mendeliana autosómicas dominantes, autosómicas recesivas y ligadas al sexo. El cariotipo es normal, ya que el gen no es visible citogenéticamente.

b) Causas multifactoriales: mutaciones de varios genes, necesitan factores ambientales para producir anomalías.

c) Aberraciones cromosómicas: afecta al 0,6-1 de recién nacidos vivos. Son accidentes mecánicos de la división celular en la meiosis de los gametos paternos o maternos o en las primeras divisiones del huevo. Son detectables por cariotipo fetal. Pueden ser:

– Libres: cariotipo de los padres normal, la edad materna avanzada (más de 38 años) es un factor favorecedor.

– Debidas a una traslocación:

- Equilibrada: niño sano portador de traslocación.

Desequilibrada: niño con malformación grave. Es indispensable el cariotipo de los padres para detectar al portador de la anomalía. Las más frecuentes son trisomía 21, síndrome de Turner (45XO), trisomía 18, trisomía 13.

CONCLUSIONES

1.- Como profesional de Atención Primaria de salud poseemos la capacidad de captar a la población de riesgo genético que es la población candidata a realizarse los estudios de predisposición genética.

2.- Aplicar la prevención primaria de salud informando a la pareja en el momento adecuado con la información adecuada.

C-12. VACUNACIÓN CONTRA EL HPV, PREVENCIÓN PRIMARIA PARA EL CÁNCER DE CÉRVIX

Autores: Núñez del Moral Sonia, Caparrós Molinero José Manuel, Narváez Traverso, Alicia, Vila Candel Rafael, Aguilera Rodríguez Francisco Javier.

INTRODUCCION

El cáncer de Cuello Uterino es el segundo cáncer más frecuente en las mujeres, después del cáncer de mama y generalmente afecta a pacientes de edad inferior a la de otros cánceres.

- **En el mundo:**
  Aparecen 510.000 casos nuevos al año, con unas 288.000 muertes anuales.

- **En Europa**:
  Cada día mueren 40 mujeres de Cáncer de Cuello de Útero.

- **En España**:
  Se diagnostican cada año 2100 nuevos casos de Cáncer de cuello uterino.

  Se estiman 740 muertes cada año por este cáncer.

Actualmente son ya más de 200 los serotipos diferentes descritos y se clasifican según su afinidad en cutáneos o genitales.

- **Los cutáneos** son responsables de las verrugas comunes y plantares, lesiones de epidermodisplasia verruciforme y algunos tumores cutáneos no melanomas.

- **Los genitales** los hay de alto, medio y bajo riesgo de desarrollar lesiones precursoras y cánceres en cérvix, vagina, vulva, ano y pene. Los de bajo riesgo ocasionan las verrugas genitales y lesiones precursoras de bajo grado.

AGENTES ETIOLOGICOS

- El 70 % de cánceres de cérvix epidermoides y adenocarcinomas están provocados por los serotipos HPV 16 y 18.

- Las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado(HSIL) (CIN II-III y CIS) .Son causados en un 50-70% por esos mismos tipos.

- Las lesiones CIN I son causadas por mayor variedad:
  -25% por HPV 16 y 18

  -5% por HPV 6 y 11

El 90% de las verrugas genitales están inducidas por HPV 6 u 11, y es con mucho la expresión clínica HPV más frecuente, con una prevalencia en torno al 1% de la población.

Un 80-90% de los cánceres de ano son de etiología HPV 16-18. En menor proporción también en vulva, pene, vagina, uretra, cabeza y cuello se demuestra HPV en los cánceres de estas localizaciones.

La papilomatosis laríngea juvenil por lo general benigna, en ciertas localizaciones puede resultar letal, estando causada por HPV 6 y 11.

El identificar a ciertos tipos de HPV como **agentes etiológicos del CA** de cérvix, ha acelerado el **desarrollo de vacunas** contra el HPV y sus correspondientes **pruebas en humanos** con resultados excelentes.

Se han desarrollado dos vacunas para la prevención del HPV:

1) GARDASIL®: vacuna tetravalente contra el HPV desarrollada por la empresa Merck & Co., Inc. Sanofi Pasteur MSD.

- El 09/06/2006 la **FDA** (Food Drug Administración) aprueba Gardasil®, la primera vacuna para prevenir el cáncer cérvix.
- En la vacuna hay pseudos-proteínas L1 de las cepas **HPV 6**, **HPV 11**, **HPV 16** y **HPV 18**.

2) CERVARIX®: Una segunda vacuna bivalente desarrollada por Glaxo.

- Incluye las pseudos-proteínas L1 provenientes de las cepas HPV **16** y HPV **18**.
- Ensayos clínicos indican que esta segunda vacuna es tan eficaz como GARDASIL® en el CA de cérvix.
- Incluye un coadyuvante AS04 que produce una multiplicación de respuesta antigénica y teóricamente una respuesta inmunitaria a más largo plazo.

Las vacunas HPV en la Unión Europea

Lyón (Francia) 2 de Enero de 2007

Los países de la UE aceleran los planes de vacunación y la financiación de la 1ª vacuna frente al cáncer de cuello de útero.

- Tras obtener la Licencia Europea de comercialización **Gardasil®** está siendo autorizada en la mayoría de países de la Unión Europea.
- Actualmente disponible en 15 países: Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Irlanda, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Portugal, Suecia y el Reino Unido.

El Ministro de Sanidad italiano anunció que **Italia** dispondrá para la próxima primavera de un programa de vacunación con Gardasil® para adolescentes de 12 años.

En diciembre del año pasado, tres grandes fondos aseguradores de salud de **Alemania**, que cubren a casi la mitad de la población del país, han anunciado que reembolsarán totalmente e inmediatamente la vacuna HPV.

En **Holanda**, cuatro fondos aseguradores anunciaron en diciembre de 2006 un reembolso completo de la vacuna para las mujeres de 9 a 26 años y los hombres de 9 a 15 a partir de enero.

En **Suecia**, la principal provincia ha anunciado recientemente que pondrá a disposición de adolescentes y mujeres Gardasil®, incluso antes de que las autoridades sanitarias hayan tomado una decisión.

Algunos fondos de salud de **Bélgica** han anunciado un reembolso parcial de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano, antes de que se hayan dado a conocer la recomendación al respecto de las autoridades sanitarias del país

¿Para cuándo la vacuna HPV en España?

La determinación de su precio y reembolso por parte de las autoridades españolas no estará disponible hasta Junio 2007, aunque seguro que vendrá acompañado de polémica ya que existen comunidades como la de Madrid que ha manifestado su predisposición a subvencionarla, mientras que en otras comunidades como Andalucía no queda claro el tipo de financiación

La vacuna costará entre 300-400 euros/ 3 dosis.

Lo deseable es su incorporación al calendario vacunal para todas las niñas entre 9 y 12 años.

¿Cuántas dosis de la vacuna HPV deben ser suministradas?

El Nº de dosis requeridas: **3 dosis. de 0.5 ml. (IM)**

1ª dosis

2ª dosis a los 2 meses de la primera.

3ª dosis a los 6 " " " "

¿A que grupo de edad se debería vacunar?

Las vacunas profilácticas deben ser administradas a la mujer antes de que se haya infectado: antes del inicio de la actividad sexual.

Pre-adolescentes de 9 a 12 años.

Está además comprobado que la respuesta serológica de anticuerpos tras la vacunación es mayor cuanto más joven es la persona, reforzando así la idea de la vacunación prepuberal temprana.

¿Pueden las vacunas contagiar el HPV?

Las vacunas no contienen el genoma de HPV por lo tanto no son capaces de infectar.

(pseudo-proteína viral L1)

¿Es recomendable durante el embarazo o la lactancia?

No es recomendable ni durante la gestación ni durante la lactancia.

¿Por cuanto tiempo protege la vacuna HPV?

Hasta ahora los estudios de las personas vacunadas han demostrado que la vacuna ha sido efectiva por 5 años.

No se puede asegurar que no haya que hacer una vacunación de recuerdo.

Los niveles de anticuerpos en las mujeres vacunadas a 5 años se mantienen invariables, por lo que no parece probable que a un plazo más largo haya grandes variaciones.

¿Tiene efectos adversos importantes?

No se encontraron efectos adversos en el estudio que se hizo a más de 21.464 mujeres y hombres sobre un periodo de 5 años.

¿Cuáles son los efectos secundarios?

Posible dolor durante la inyección e inflamación o enrojecimiento donde se aplicó la vacuna.

¿Qué se consigue con la vacunación?

La vacunación frente a las infecciones HPV tiene el potencial de prevenir la mayoría de cánceres cervicales.

Las mujeres que reciben las tres dosis de cualquiera de las dos vacunas desarrollan niveles altos de anticuerpos, dando lugar a cerca de un 100% de eficacia en la prevención de las infecciones causadas por los HPV incluidos en las vacunas.

¿Sigue siendo necesario el cribado citológico?

Sí, porque las mujeres todavía serán susceptibles a los tipos oncogénicos del HPV no incluidos en las vacunas.

Según los datos del estudio **Afrodita** el uso de la citología vaginal en España es elevado, aunque ciertos grupos de población no se someten a tantos exámenes como sería recomendable.

Además , el 72% de las mujeres ignoraría el valor de los exámenes ginecológicos en la prevención del cáncer del cuello uterino o cérvix y el 20% de mujeres en edad fértil nunca se ha realizado una citología.

El 41% de las mujeres encuestadas cree que el cáncer del cuello de útero es de origen hereditario, y casi la mitad desconoce el VPH humano y su mecanismo de actuación.

En la mayoría de países pobres no existen estrategias de prevención y el cáncer de cérvix supone la causa principal de mortalidad por cáncer entre mujeres jóvenes.

¿Qué debe informar la matrona?

Las mujeres generalmente contraen el HPV en la adolescencia al inicio de las relaciones sexuales.

La infección ocurre por microtraumas durante el coito, con una persona infectada por el HPV.

Es una infección de transmisión sexual muy común, entre 40% y hasta el 80% tienen contaminación viral antes de los 30 años.

Después de los 30 años la prevalencia decae al 5%10%.

Algunos tipos de HPV son el factor etiológico principal de las neoplasias intraepiteliales (CIN) y del cáncer de cérvix

Las posibilidades de prevenir una infección que se adquiere con las relaciones sexuales es muy difícil de conseguir.

Mantener relaciones sexuales es una de las actividades más naturales de la vida.

El mensaje no debe dirigirse a evitar relaciones sexuales sino, “si mantiene relaciones sométase a los métodos citológicos de cribado”.

¿Con qué frecuencia debemos realizado el cribado citológico?

Mujeres sin riesgo: Anualmente y si durante dos años consecutivos da negativa se realizará cada tres años hasta los 65 años.

Mujeres de alto riesgo la frecuencia de realización es anual.

Son muchos los expertos que proponen un nuevo tipo de cribado.

Hasta los35 años la mujer se somete a citologías periódicas como viene ocurriendo hasta ahora .

A partir de los 35 se añadiría la determinación del ADN del virus (Tipaje viral) para conocer el tipo de VPH .

La infección viral es distinto a enfermedad.

Infección viral HPV puede estar en Fase de latencia;

Es decir, replicaciones virales muy bajas, escasa capacidad de contagio y nula actividad patógena.

En la fase de activación viral: la replicación viral es elevada, la capacidad de contagio es alta y aparecen alteraciones citológicas previas que podrían ser precursoras del CA de cérvix.

La persistencia de una infección viral es considerada un factor necesario para la progresión neoplásica.

Son necesarios otros cofactores: el tabaquismo, otras ITS, deficiencias nutritivas, de antioxidantes, de retinoides y especialmente la deficiencia del sistema inmunológico.

Estos cofactores al actuar conjuntamente con el HPV favorecen la progresión hasta el CA de cérvix pasando por las lesiones intraepitaliales: L-SIL y H- SIL.

El desarrollo de la enfermedad debe asociarse a aquellos cofactores que impidieron el proceso normal de remisión viral.

¿Qué debe informar la matrona?

1) El desarrollo del cáncer de cérvix pasa necesariamente por el desarrollo de **lesiones precursoras** que pueden ser fácilmente identificadas y curadas.

2) Sólo una muy pequeña proporción de mujeres infectadas **persistentemente** desarrollará lesiones precancerosas y sólo una pequeña proporción de éstas se convierte en un cáncer.

3) El tiempo que transcurre para el desarrollo de un cáncer es aproximadamente **10 años desde la infección por HPV de alto riesgo.**

En caso de alteraciones citológicas, las pacientes son derivadas a la Unidad de Tracto Genital Inferior.

- La confirmación diagnóstica se realizará mediante:

1- Videocolposcopia

2- Biopsia dirigida

3- Tipaje HPV

La vacunación HPV es un proyecto para el futuro y apuesta para la vida.

C-13. EFECTIVIDAD DEL CONSEJO SOBRE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO

Autoras:Gallego Mahiques Ana, Ruiz Cáceres Carolina, Marti Beneito, Estela.

INTRODUCCION

El tabaquismo es el principal problema de salud pública susceptible de prevención. El dejar de fumar es la principal decisión en materia de salud que puede adoptar un fumador a lo largo de toda su vida.

En España, según la última encuesta nacional de salud, del 2001, fuman unos 12 millones de personas, esto es, un 34% de los españoles con más de 16 años de edad. (42 % de los hombres y 27% de las mujeres). Estos porcentajes son los más altos de la Unión Europea.

En la actualidad, en el mundo occidental, la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres ha aumentado considerablemente y actualmente se sabe que el tabaco afecta a ambos sexos por igual. Además, en la mujer, existen unas especificidades en cuanto a los riesgos del hábito tabáquico:

- Existe un aumento del riesgo de infarto agudo de miocardio en aquellas mujeres mayores de 35 años que fuman y toman anticonceptivos orales.
- Mayor riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria y de embarazo ectópico.
- Disminución de la fertilidad.
- Aumento del riesgo de aborto, parto prematuro y bajo peso al nacer.
- Aparición más temprana (1 año de adelanto) de la menopausia.
- Riesgo aumentado de fracturas de cadera.

El mayor aumento de prevalencia de tabaquismo en las mujeres se ha dado principalmente en edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, que precisamente son las que presentan las mayores tasas de fertilidad en nuestro medio. Está demostrado que durante el embarazo el tabaco es perjudicial para el feto, siendo uno de los pocos factores prevenibles asociados con el bajo peso al nacer, el nacimiento pretérmino y la muerte perinatal[4]. Sin embargo, también es cierto que el embarazo es una situación fisiológica, en la cual las mujeres prestan una mayor atención a su estilo de vida y por lo tanto, están más motivadas para abandonar el hábito tabáquico. De hecho, hay un elevado porcentaje de mujeres que abandonan el tabaco de forma espontánea durante el embarazo pero se ha observado que existe una recaída muy importante en el posparto.

Al igual que la exposición al humo de tabaco es perjudicial para el feto durante el embarazo, también son conocidas las consecuencias de esta exposición en los recién nacidos de padres fumadores Al igual que la exposición al humo de tabaco es perjudicial para el feto durante el embarazo, también son conocidas las consecuencias de esta exposición en los recién nacidos de padres fumadores.

Parece demostrado, además, el papel del tabaquismo pasivo como factor de riesgo en la aparición de enfermedades de las vías respiratorias bajas. Existe una relación entre la exposición al humo del tabaco en edades tempranas de la vida y el posterior desarrollo de hiperreactividad bronquial, así como alteraciones en las pruebas de función respiratorias e infecciones de vías respiratorias altas y bajas (neumonías, otitis medias).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la necesidad de reducir el hábito de fumar en los padres como un elemento clave de acción para promover la salud y el desarrollo en la primera infancia.

La matrona y el personal sanitario puede ser esencial para inducir a la persona a dejar de fumar. En concreto, la matrona, por su proximidad al usuario, se encuentra en una situación especial en relación con las posibilidades de intervención sobre el tabaquismo.

OBJETIVOS

Nuestro estudio pretende demostrar que el puerperio hospitalario es un momento clave para plantearse dejar de fumar y tener éxito en el intento, puesto que es una etapa de especial sensibilidad y receptibilidad para los consejos de salud, lo que los hace especialmente eficaces.

Los principales objetivos de nuestro trabajo son:

- Conocer si el consejo sobre deshabituación tabáquica en el puerperio hospitalario propicia el abandono, la disminución del consumo de tabaco o bien el cambio de fase tanto en la puérpera como en su pareja.
  Y como objetivos específicos

- Obtener el perfil de las mujeres puérperas y/o su pareja fumadora que ingresen en la sala de maternidad. (variables sociodemográficas, obstétricas, datos sobre el consumo de tabaco, Test de Fagerström simplificado, Test de Glover-Nilson, Test de Richmond)

- Valorar si el profesional sanitario (matrona, médico) realiza consejo mínimo sobre deshabituación tabáquica

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio cuasiexperimental (grupo intervención – grupo control) en varios hospitales de la Comunidad Valenciana durante los años 2005-2006.

En primer lugar, se realizó una encuesta a la mujer puérpera y/o a su pareja, previo consentimiento informado verbalmente, en la que se le indicaba que habría un seguimiento telefónico al mes y a los tres meses.

Las encuestas se realizaron en el ámbito hospitalario a todas/os las mujeres/hombres que cumplían los criterios establecidos por los investigadores, en las condiciones que se detallan a continuación:

PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se obtuvo una lista de las mujeres puérperas y/o pareja de las salas de maternidad, que fumaban o llevaban menos de 1 año sin fumar. Seguidamente, eran incluidos aleatoriamente en el grupo de intervención o de control.

A todos lo que accedieron a participar en nuestro estudio se les administró:

1. Hoja de recogida de datos sociodemográficos, obstétricos y hábito tabáquico.(Anexo 1)

2. Test de Fagerström simplificado.(Anexo 2)

3. Test de Glover-Nilson.(Anexo 3)

4. Test de Richmond.(Anexo 4)

A las personas incluidas en el grupo intervención, según la fase en que se encontraban en el proceso de deshabituación (según la normativa de la SEPAR)11, se les realizó:

- Fase de precontemplación: consejo sanitario , folleto informativo

- Fase de contemplación: consejo sanitario, folleto informativo y guía de ayuda.

- Fase de preparación: consejo sanitario, folleto informativo, guía de ayuda, recomendar visita médico de familia para programa terapéutico específico (UCA, psicólogo…).

• Fase de acción: consejo sanitario, folleto informativo, guía de ayuda, recomendar visita médico de familia y reforzar la conducta.

• Fase de mantenimiento: reforzar la conducta.

En ambos grupos se realizó un seguimiento por vía telefónica, en el cual, mediante un nuevo cuestionario, se valoró si se había producido algún cambio con respecto al hábito tabáquico. Este seguimiento se realizó al mes y a los tres meses desde la primera encuesta.

RESULTADOS

Todos los datos fueron insertados en una base de datos Access y analizados con el programa SPSS 12.0.

Características de la muestra.

La muestra está formada por 171 personas, de las cuales 72% son mujeres y 28% son hombres, con una edad media de 32 años (límites 18-46). Del total de la muestra 95 personas pertenecen al grupo intervención y 66 al grupo control.

En cuanto a las características sociodemográficas vemos que hay diferencias significativas en cuanto al sexo; la mayoría de los participantes estaban casados, tenían estudios primarios, trabajaban por cuenta ajena y no tenían enfermedades previas.

En cuanto a las características obstétricas observamos que en la mayoría el embarazo fue buscado , aceptado y deseaban dar lactancia natural. Se observa que casi la mitad de las mujeres no asistieron a las clases de Educación Maternal y también se observa que las mujeres que utilizaban anticoncepción antes del embarazo un 45,2% toman anticoncepción hormonal oral. De este grupo de mujeres 7 son mayores de 35 años.

En cuanto al hábito tabáquico se detectó que un porcentaje de la muestra disminuía el número de cigarrillos durante el embarazo y el 17% dejaba de fumar totalmente y en la mayoría la edad de inicio fue a los 17 años. Llevaban fumando 16 años los hombres y 13 las mujeres. El motivo de inicio fue tener a casi todos los amigos fumadores y también la mayoría su pareja era fumadora.

Un gran porcentaje de los encuestados tenía un padre fumador así como amigos fumadores. Un porcentaje importante fumaba en el domicilio antes del embarazo. Se observó que durante el embarazo dejaban de fumar en casa un porcentaje mayor de mujeres que de hombres. También en referencia a fumar en el lugar de trabajo dejaban de fumar en el embarazo un porcentaje mayor de mujeres que de hombres, que puede deberse a la presión social a la que se enfrenta la mujer embarazada fumadora y en ambos casos a la puesta en marcha en enero de 2006 de la ley antitabaco.

En referencia a los intentos previos para dejar de fumar la mayoría no lo había intentado con anterioridad o solo una vez, de estos la gran mayoría no utilizaron ninguna terapia de ayuda. Un elevado número de la muestra estaba en fase de contemplación y no se planteaba dejar de fumar antes de 6 meses.

Observamos que las razones del fracaso son distintas en hombres y en mujeres:

- Para hombres es estar en un ambiente de fumadores.
- Para las mujeres el estrés

Los motivos para dejar de fumar también son distintos:

- Para hombres que mejorará su salud
- Para las mujeres que mejorará la salud de su hijo

Queremos resaltar que, al preguntar a las mujeres si su matrona le ha sugerido dejar de fumar, un 69,1% contesta afirmativamente y el resto contesta que “nunca”. Al realizar la misma pregunta referida al

profesional médico, contesta afirmativamente un 36,6% de las mujeres y el resto responde que “nunca”.

El tipo de dependencia tabáquica es la siguiente:

En primer lugar la **dependencia física** medida por el Test de Glover-Nilson es similar en mujeres y hombres sobre toda en la gestual y social; **la psicológica** es ligeramente mayor en hombres que en mujeres

En segundo lugar la **dependencia física** medida por el Test de Fagerström simplificado: es ligeramente mayor en hombres que en mujeres teniendo la mayoría una dependencia media o baja a la nicotina.

En cuanto al nivel de motivación medido por el Test de Richmond es mayor este en mujeres que en hombres teniendo una baja motivación.

EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN

Nuestra intervención para dejar de fumar durante el puerperio hospitalario dirigida a la puérpera y/o su pareja, basada en una intervención mínima sistematizada sobre el tabaquismo, ha sido efectiva.

De hecho, la intervención benefició al 28,6% de los hombres y al 43,3% de las mujeres, los cuales abandonaron completamente el hábito tabáquico, frente al 5% de los hombres y al 10,7% de las mujeres que lo abandonaron en el grupo control.

Tal y como se plasma en nuestro estudio, nuestra intervención en el puerperio logró que un 55,5% de los participantes en nuestro trabajo abandonaran el hábito tabáquico y evitó las posibles recaídas. De hecho, de las mujeres a las que se realizó intervención, sólo han recaído 2, siendo el doble las mujeres que han recaído en el grupo control. Similar a otros estudios realizados sobre reincidencia en el hábito de fumar13.

Además, en la intervención se obtuvieron beneficios en cuanto a la reducción del nº de cigarrillos, en una media de 5,07 cigarrillos±7,9 en hombres y 0,8 cigarrillos±5,2, en contraposición al grupo control en el que se observó un aumento de 0,9 cigarrillos±4,2 en hombres y de 2,4 cigarrillos±4,2 en mujeres.

Otro aspecto que mejoró con nuestra intervención, fue el cambio de fase producido en el proceso de abandono del hábito tabáquico (fase precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída): 57,14% hombres y 52,2% mujeres pertenecientes al grupo intervención mejoraron, frente al 10% de hombres y 14,28% de mujeres que mejoraron en el grupo control.

Según los datos obtenidos en nuestro trabajo, que son acordes con otros estudios14, el refuerzo realizado en el último seguimiento, aumenta el abandono, reduce la intensidad de consumo y/o evolucionan en el proceso de cambio de fase. Por lo tanto, nuevas intervenciones podrían elevar las tasas de éxito.

Queremos resaltar que, al preguntar a las mujeres si su matrona le ha sugerido dejar de fumar, un 69,1% contesta afirmativamente y el resto contesta que “nunca”. Al realizar la misma pregunta referida al profesional médico, contesta afirmativamente un 36,6% de las mujeres y el resto responde que “nunca”.

CONCLUSIONES

Tras revisar la bibliografía sobre el tema no se encuentran estudios referentes a intervenciones para la deshabituación tabáquica en el puerperio para poder establecer comparaciones, si sobre intervenciones en el embarazo12.

Nuestra intervención para dejar de fumar durante el puerperio hospitalario dirigida a la puérpera y/o su pareja, basada en una intervención mínima sistematizada sobre el tabaquismo, ha sido efectiva.

Podríamos decir, al igual que lo observado en otros estudios15, que la información dada sobre el tabaquismo por los profesionales sanitarios, es deficiente. La escasa formación en el abordaje preventivo,

diagnostico, y terapéutico del tabaquismo, quizás sea una de las causas.

Destacamos que, el principal aspecto que motiva a los hombres a dejar de fumar, según respondieron estos en nuestro cuestionario, es mejorar su salud; sin embargo, la principal motivación de las mujeres, es el hecho de mejorar la salud de su hijo.

Aunque el resultado de nuestra intervención ha sido positiva en ambos sexos, se observa claramente mayor beneficio en el grupo de mujeres, por lo tanto consideramos que podría ser interesante la realización de programas específicos que tengan en cuenta la diferencia de género.

El rol de la matrona en el control del tabaquismo, es muy amplio y constituye un proyecto de futuro para la disciplina, por su papel educador, de control del tabaquismo en la asistencia, docencia e investigación y por el rol social que realiza en el control de la pandemia. Las matronas tenemos que ser agentes de cambio en nuestra sociedad.

C-14. SENSACIÓN DOLOROSA Y COMPORTAMIENTO DE MUJERES DURANTE EL PARTO DE CUCLILLAS DESPUÉS DEL MÉTODO DE RESILIENCIA.

Autores: Guarino Nilsen Evenise Cilene , Sabatino, Hugo , Baena de Moraes Lopes Maria Helena , *Nogueira Cordeiro, Silvia .*

INTRODUCCION

Este trabajo pretende cuantificar cuál es la sensación de dolor que la mujer siente en el momento del trabajo de parto.

Cuando hablamos del dolor hablamos de una amplia faja de sensaciones y que no existe un aparato que pueda cuantificar el dolor.

Nosotros tratamos de que la propia mujer sea la que relate el tipo de dolor que sintió en el momento del parto y como fue su comportamiento, evitando de esta manera que existan intermediarios en la representación de estas dos sensaciones muy difíciles de cuantificar.

El dolor es una experiencia emocional y sensorial desagradable, asociada a una lesión de tejido real o potencial descrita como tal. El dolor no es mesurable pero el comportamiento doloroso que resulta del dolor y sufrimiento como posturas o actitudes que disminuyen la incomodidad de las contracciones, son observables por terceros para poder ser cuantificadas.

Las mujeres de la muestra acudieron espontáneamente pues no querían utilizar drogas analgésicas o anestésicas eran mujeres que pretendían tener un parto completamente natural

La intensidad del dolor, sentido por las mujeres es ampliamente variable, y está sujeta a influencias psíquicas, temperamentales, culturales, orgánicas, estrés, además de otros factores como distocias, que pueden aumentarlo, y liberación de endorfinas que puede disminuirlo. Para evaluar la intensidad del dolor y el comportamiento durante el parto, aplicamos un cuestionario que permite realizar una auto-evaluación de ambas variables en mujeres que realizaron preparación para el parto con el método de resiliencia con objetivo de cuantificar la intensidad de la sensación dolorosa y el comportamiento durante el trabajo de parto y parto.

La resiliencia es un método nuevo que consiste en una primera etapa en identificar las principales características resilientes o sea positivas de la pareja, posteriormente reforzamos esos aspectos positivos a través de estímulos de los principales pilares de la resiliencia que son empatía, iniciativa, sentido de vida, conciencia social, confianza, introspección, capacidad de relación, humor, tranquilidad y autonomía.

OBJETIVOS

GENERAL:

- Demostrar la sensación dolorosa y comportamiento en mujeres que realizaron preparación para el parto con el método de resiliencia.

ESPECÍFICOS:

- Cuantificar la intensidad de la sensación dolorosa durante el trabajo de parto y parto;
- Cuantificar el comportamiento durante el trabajo de parto y parto

Fueron analizados 151 cuestionarios contestados por puérperas, en el puerperio inmediato pues así tenían presente el dolor del parto, que participaron de cursos de preparación psicofísica ministrado por el Grupo de Parto Alternativo de la Universidad de Campinas y que dieron a luz en la misma institución donde se realizó el curso sin utilización de analgesia y anestesia siendo los partos realizados con la mujer en posición de cuclillas.

Fueron excluidos los casos de parturientes que tuvieron la forma de término del parto en otras posiciones (litotomía, fórceps, cesáreas) o que utilizaron algún tipo de analgesia.

SENSACIÓN DOLOROSA DURANTE El TRABAJO DE PARTO

De los 151 cuestionarios estudiados, encontramos:

Sin dolor, 27,15%; Muy soportable, 5,96%; Soportable, 36,42%; Difícilmente soportable, 24,50%; Insoportable, 5,3% y solamente 0,67% no contestó este ítem.

SENSACIÓN DOLOROSA DURANTE El PARTO

De los 151 cuestionarios estudiados, encontramos: Sin dolor, 16,56%; Muy soportable, 33,11%; Soportable, 35,77%; Difícilmente soportable, 11,92%; Insoportable, 1,32% y solamente 0,67% no contestó este ítem.

COMPARACIÓN DE LA SENSACIÓN DOLOROSA DURANTE TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Al analizar los datos de los 151 cuestionarios referentes a la variable Intensidad de la sensación dolorosa asociando el momento del trabajo de parto con el momento del parto aplicamos la prueba estadística de chi-cuadrado en forma de Tabla 5X2, concluyendo que la intensidad de la sensación dolorosa durante el trabajo de parto fue mayor de lo que durante el parto considerando una diferencia altamente significativa. La comparación estadística de éstos dos grupos fue de $\chi^2 = 42,540$; $p = 1,289E-08$;

GL= 4.

COMPORTAMIENTO DURANTE El TRABAJO DE PARTO

Encontramos comportamiento: Excelente, 28,48%; Muy bueno, 28,48%; Bueno, 21,85%; Regular 19,20%, y Mal 1,32%.

COMPORTAMIENTO DURANTE El PARTO

Encontramos comportamiento: Excelente, 34,43%; Muy bueno, 19,86%; Bueno, 28,48%; Regular, 12,6% y Mal 4,63%.

COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO ENTRE TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Las informaciones logradas sobre el comportamiento de la mujer fueron analizadas asociando el momento del trabajo de parto con el momento del parto. Aplicamos la prueba estadística de chi-cuadrado en forma de Tabla 5X2, concluyendo que hay una inclinación de peor comportamiento durante el trabajo de parto, pero la diferencia no es significativa. La comparación estadística de éstos dos grupos fue de $\chi^2 = 9,341$; $p = 0,0531$; GL= 4.

DISCUSIÓN

Con relación a lo dolor referido por la paciente observamos que tanto en el trabajo de parto cuanto en el parto hubo un significativo número de mujeres que relataron sin dolor (27,15% y 16,56%). La suma del porcentaje del grupo de sin dolor, muy soportable y soportable fue del 69.53% en el trabajo de parto; y significativamente mayor del 85.44% en el momento del parto, esta situación de mayor número de mujeres

de menos dolor en el momento del parto, nos informa indirectamente que estando el cuello del útero totalmente dilatado, la sensación dolorosa disminuye.

Con relación al comportamiento fue similar en ambos el grupo siendo, 78,81% y 82,77% durante el trabajo de parto y parto. Esta alta frecuencia de comportamiento considerado bueno en los dos momentos nos informa que las mujeres adquirieron un alto grado de preparación con el método de resiliencia utilizado.

CONCLUSIÓN

La intensidad de la sensación dolorosa durante el trabajo de parto fue significativamente mayor que durante el parto Hay una inclinación de peor comportamiento durante el trabajo de parto, pero la diferencia no fue significativa

Los resultados logrados nos permiten concluir con el método utilizado, obtuvimos un elevado número de parturientas que sienten poco dolor o sin dolor durante el trabajo de parto, que la intensidad del dolor disminuye durante el período expulsivo y que un significativo número presentan buen comportamiento en ambos momentos.

C-15. SALUD Y ACCESO A LOS RECURSOS POR PARTE DE LAS MUJERES INMIGRANTES DEDICADAS A LA PROSTITUCIÓN EN MADRID 2006

Autoras: Grande Muyón, Mirtha, Latorraca Coronado, Marine, Factos Santander, Mercedes , Vargas Mayta, Zaida, Gonzáles Pérez, Sara

INTRODUCCION

La reciente feminización de las migraciones constituye uno de los principales rasgos de la movilidad geográfica en estos últimos años en España, sobre todo en algunas capitales como Madrid y Barcelona.

La principal razón de la migración para las mujeres es la situación económica que viven en sus países de origen. También a esto hay que sumarle otros motivos como son la inestabilidad social, la pobreza, la inseguridad ciudadana y la falta de seguridad en estos países.

Hay otro grupo también importante que tiene otra motivación como es la libertad y el desarrollo personal

Todas estas razones hacen que estas mujeres se motiven a salir de su país habiendo además una confusión en el mensaje que se da en América latina, África y otros países de que España es un país de oportunidades que se puede encontrar trabajo aunque al inicio puede ser muy duro y que se pueden "regularizar" los papeles muy fácilmente.

Que cuando accedes a un trabajo puedes enviar dinero suficiente a tu familia

Por eso se hizo un estudio para un acercamiento en torno a la salud de la mujeres emigrantes que ejercen la prostitución. No mujeres emigrantes que se dedican a otras actividades que también las hay.

Este es un grupo muy pequeño pero muy significativo que una mujer en una situación muy concreta la mujer hace que se sienta obligada a ejercer el mundo de la prostitución porque aparte tiene una historia de vida, que no tiene una adecuada formación para insertarse a un mundo laboral, carece de redes sociales muchas veces está sola y tiene la presión de enviar dinero porque se ha endeudado para poder desarrollar este proyecto migratorio.

La prostitución ejercida por mujeres extranjeras es un fenómeno que crece y está sometida cada vez más a situaciones más precarias

OBJETIVOS

1.-Conocer la percepción de salud y enfermedad por parte de las mujeres

2.- Determinar el acceso a los sistemas sanitarios y sociales de la población de estudio.

METODO

investigación cualitativa se desarrolló entrevistas a profundidad a 10 trabajadoras sexuales: tres mujeres de América latina, tres mujeres de África subsahariana, dos de Europa del Este y dos de Asia.

RESULTADOS

Las relaciones que se establecen entre los clientes y las trabajadoras sexuales generalmente son por trabajo. Son pocas las excepciones en las que se crea otro tipo de vínculos. Separan mucho lo que es su vida en el comercio sexual y su vida en pareja. Practicas diferentes en cuanto al cuidado de su salud sexual y reproductiva.

Las entrevistadas conocen que con el uso de preservativos se evitan las infecciones de transmisión sexual y el VIH / SIDA. Sin embargo, también nos trasmitían su temor a que se les rompiesen los preservativos, lo que les ocurre con cierta frecuencia. Pensamos que sucede esto por la poca capacidad que tienen de colocar adecuadamente el preservativo. Otro punto interesante es que las entrevistadas que tienen pareja, no usan los preservativos con sus compañeros estables. Y su uso , solo esta condicionado con los clientes, pero igual siempre pensando que usan el preservativo por el miedo de transmitir alguna infección de transmisión sexual , incluido el VIH a su pareja. Los roles de genero se acentúan en este escenario resultando como siempre mujeres cuidadoras de su pareja y familia, sin antes pensar en ellas.

Se relaciona la mayor información con la mayor capacidad para controlar la salud, y por tanto con una mayor confianza y menos miedo, pero también con una mayor conciencia de los peligros a los que están expuestas. La población que ejerce la prostitución es muy diversa, algunas conocen los servicios sanitarios que están a su disposición y otras ni siquiera conocen su existencia.

El acceso a los recursos es muy diferente según la procedencia de las mujeres entrevistadas. Las mujeres latinas suelen estar ligadas al sistema de salud pública, desde el inicio de su llegada, mientras que otras no, siendo la barrera del idioma y desconocimiento dos puntos que las distancias del sistema de salud público. Las enfermedades con posible relación al ejercicio de la prostitución no son tratadas en los centros del INSALUD, sino en centros especializados en la detección y tratamiento de ITS y VIH/SIDA. Sin embargo, la valoración de los recursos sanitarios es bastante positiva La llegada progresiva de mujeres a países del primer mundo como España, ha producido un impacto en la vida y la salud de las mujeres emigrantes en especial en las mujeres en prostitución. La salud de las mujeres emigrantes es una cuestión importante no solo por la implicación que tiene para ellas en su vida cotidiana, sino por la proyección para sus familiares en los países de acogida, en los países de origen, e incluso para la salud pública española.

CONCLUSIONES

- ✓ Las mujeres dedicadas a la prostitución y que todavía mantienen alguna deuda por su proyecto migratorio, se dedican a trabajar exclusivamente muchas horas y sin descanso, incluso enfermas, debido a que su salud no es una prioridad.

- ✓ Las Trabajadoras Sexuales están todavía en riesgo de adquirir VIH/SIDA y otras ITS, pero no por ser mujeres en prostitución. Sino con el hecho de ser mujeres. Esta realidad merece campañas públicas continuas dirigidas a esta población núcleo. Es interesante que las trabajadoras sexuales estén enteradas relativamente del riesgo de adquirir VIH de sus clientes pero no de sus compañeros regulares con quienes el uso del condón no es una práctica frecuente.

- ✓ Aparte de los problemas que se enfrenta las mujeres en prostitución y en situaciones extremas, su condición de inmigrante puede condicionar su acceso a la asistencia sanitaria, incluido al tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual, servicios de planificación familiar, interrupción voluntaria del embarazo, etc. Por tal motivo, el acceso a la salud se ve influenciada por algunas discriminaciones y estereotipos por parte de algunos profesionales de la salud.

- ✓ En las condiciones que vive una trabajadora sexual, son causas para deteriorar su situación de salud. Los principales problemas de salud, no son solo de aspectos de la salud sexual y reproductiva, sino también enfermedades relacionadas con el estrés, la depresión y ansiedad.

C-16. ¿DESEAN EL EMBARAZO LOS ADOLESCENTES?

Autores: Serrano Martos Juan, Álvarez Nieto Carmen, Rodríguez Olalla Laura, Ruiz Liebanas Gema, Linares Abad Manuel.

ANTECEDENTES

El embarazo en la adolescente supone un enorme impacto sobre su condición física, emocional y económica, además de condicionar su estilo de vida, por lo que constituye una cuestión sanitaria y social de primer orden.

En nuestro entorno, la mayoría de los esfuerzos para prevenir o retrasar el embarazo en adolescentes han estado dirigidos al control de la concepción, aunque esta intervención es probable que falle si los adolescentes no están interesados en evitar el embarazo.

OBJETIVOS

Detectar factores de riesgo asociados al embarazo adolescente y proponer intervenciones efectivas de prevención, mediante un estudio descriptivo que analice la situación sociofamiliar y cultural y el afrontamiento del embarazo deseado o no, en el grupo de adolescentes embarazadas controladas.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de corte longitudinal retrospectivo, basado en una entrevista estructurada y anónima y la revisión de la historia clínica.

La muestra consta de **56 embarazadas menores de 17 años** (en el momento de quedar embarazadas),

RESULTADOS

Los resultados de nuestro estudio revelan “sorprendentemente” que **casi la mitad de los embarazos 45% han sido deseados y “buscados”** tanto por la joven como por su pareja, viéndose estos reforzados por el apoyo incondicional que presta la madre

Así mismo algunos factores de riesgo asociados al embarazo que deberían de tomarse en cuenta por las personas en contacto con el adolescente:

- Los tempranos contactos sexuales
- Uso temprano de alcohol y tabaco
- Carencia de interés por la escuela o actividades comunitarias
- Bajo nivel social y cultural
- Pareja mayor y con trabajo remunerado
- Núcleo familiar desestructurado (separación de los padres).

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta (coincidiendo con de La Cuesta) que para muchas jóvenes y sus parejas, el embarazo supone un hecho sentimental y biográfico que significa un punto de inflexión en su trayectoria personal, en un contexto de noviazgo y apoyado en la cultura del amor romántico, la sociedad en general y los sanitarios en particular deberíamos, a la vista de los datos obtenidos, enfatizar no solo en los conocimientos en materia de salud (déficit de información sexual recibida y en el uso de anticonceptivos) del adolescente, sino también en sus valores, creencias y actitudes.

Proponemos que futuras investigaciones exploren experiencias y vivencias de los jóvenes intentando comprender los motivos que les llevan a desear el embarazo desde un enfoque cualitativo*.

***Proyecto financiado por la Conserjería de Salud (Junta de Andalucía) Resolución BOJA 11/01/2007**

C-17. PRACTICAS QUE REDUCEN EL TRAUMA PERINEAL DURANTE EL PARTO: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Autoras: López Socorro Lourdes, González Vega Dunia, Jeppensen Gutiérrez Julia.

INTRODUCCIÓN

En la década de los 90 el manejo del periné durante la segunda fase del parto se convirtió en un asunto controvertido para nuestra profesión. La literatura contemporánea propone diferentes técnicas con el fin de reducir o eliminar el trauma perineal resultante del parto; algunas aplicadas durante el embarazo, pero la mayoría durante el expulsivo, como el manejo perineal, la flexión de la cabeza fetal, el masaje perineal, la protección del periné y control de la salida de la cabeza fetal, actitud expectante durante el periodo expulsivo o la maniobra de Ritgen entre otras.

MÉTODO

El tipo de estudio realizado, es una revisión bibliográfica sistemática previa a la planificación de un estudio descriptivo para valorar la incidencia de los distintos métodos de protección perineal utilizados por las matronas de nuestro paritorio, con el fin de evaluar posteriormente las diferentes formas de prevención del trauma perineal. La bibliografía revisada forma parte de bases de datos internacionales de reconocido prestigio e interés. Los estudios seleccionados fueron revisados y evaluados de forma estructurada.

RESULTADOS

Un total de 32 artículos y 4 libros fueron seleccionados y divididos en 5 categorías: 6 Estudios Controlados Randomizados o Cuasi-Randomizados, 1 Estudio Prospectivo Randomizado, 1 Estudio Retrospectivo, 13 artículos de opinión y 11 descripciones sobre las diferentes técnicas utilizadas en la práctica ordinaria. La evidencia científica disponible es concluyente a favor de un uso restrictivo de la episiotomía. No hay suficiente evidencia científica en relación a la contribución de las características y actitudes maternas para la integridad perineal. Muchos otros aspectos merecen ser estudiados, incluyendo la posición materna en el expulsivo, tipo de pujos en el expulsivo y uso de oxitocina. En relación a la frecuencia, grado y localización de los desgarros perineales no existen diferencias significativas entre los grupos de protección perineal activa (PPA) o actitud expectante durante el periodo expulsivo (AEPE). En relación al índice de episiotomías, existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos siendo superior en el grupo de PPA. Uno de los estudios incluidos en la revisión además estudió el dolor perineal postparto a los 10 días del nacimiento observando que existía una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, siendo superior en el grupo de AEPE. Por último y haciendo referencia a los resultados neonatales, nos encontramos con que los valores del Apgar al minuto y a los 5 minutos fueron similares en ambos grupos.

CONCLUSIONES

El método de actitud expectante durante el periodo expulsivo preserva de forma eficiente el periné durante el parto y puede por esto ser considerado como una alternativa al parto seguro y efectivo; siendo éste el método de elección preferible frente a la PPA teniendo en cuenta los índices de trauma perineal, incluyendo tanto los espontáneos como los iatrogénicos.

COMUNICACIONES PÓSTERES

RELACIÓN DE PÓSTERES

P.1- Estudio bromatológico de la placenta humana.
Sánchez Suárez, Sergio.

P.2- Conflictos éticos que plantea la anticoncepción postcoital.
López-Sáez y López de Teruel Mª Asunción, Sánchez Ruiz Máximo Juan, Matilde Ríos Duran Aurora, García García, Mª Llanos.

P.3- Diseño del proceso de Atención a la mujer gestante en Atención Primaria.
Domenech Gil Mª Teresa, Miralles Corrales Silvia.

P.4- Episiotomía central y mediolateral. Resultados en el HUMIC.
Monagas Agrelo Iraya Ester, Ramos Rivero, Roberto.

P.5- Grado de satisfacción de las gestantes en el proceso de dilatación y parto. Una reflexión para las matronas.
Arenas Puerta Tania, García Martín Saturnino, Piñero Navero Sofia, Alarcón Merino Granada, Jiménez Iglesias Virginia.

P.6- Posiciones para parir. Escucha a tu cuerpo.
Fdez. Zárate Margarita, Arjona Alba Macarena, Coronil Corchado Mari Carmen.

P.7-Planificación familiar: orientación por parte de la matrona.
Martínez Galiano Juan Miguel, Martínez León Justo, Ratia Ramos Manuel, Herrera Gómez Antonio, Pozo Cano María Dolores.

P.8- Suplementos vitamínicos y nutricionales durante la gestación.
Magdaleno del Rey Gema, Espejo Moreno Laura, Feijó Iglesias Belén, Puig Requesens Sara, Rodríguez Ferrer Rosa Maria .

P.9- Matronatación: un estudio comparativo entre los beneficios de los ejercicios en el agua y en tierra.
Roig García Carmen, Ferrer Gil María, Florensa Cabrer Yolanda, Mitjans Montoliu Elisabet, Navarro Tolosa Mª José.

P.10- La Matrona en Europa.
Martín Dorta Natividad, Vidal Calvo María, Rodríguez Padrón Miriam V., Hernández Mesa M .Olivia.

P.11-Promoción de cursos de soporte vital avanzado en obstetricia.
García Lausin Laura, Payaró Llisterri Ana, Argilés Salla Sonia.

P.12- Vías de finalización tras la inducción del parto.
Oliva Pérez, José, Ortuño Rosique María Teresa, Martínez Almarcha Fuensanta, Morillas Guijarro Daniel, Carrillo Jiménez María Isabel.

P.13- Sexualidad en el adolescente: píldora postcoital y uso de anticonceptivos.
Camacho Alcocer Manuela, Cano Calero María del Carmen, Sánchez García Yolanda, Morgado Ramos Susana, Cascos Cabanillas María del Mar.

P.14- Situación actual de las mujeres inmigrantes frente a la violencia de género en España.
Martínez Serrano Paloma, Del Pliego Pilo Gema, Alarcón Diana Mª Paz.

P.15- Conocimientos y sensibilización del personal sanitario de atención especializada ante la violencia de género.
Del Pliego Pilo Gema, Arredondo Provecho Ana Belén, Nadal Rubio Mónica, Roy Rodríguez Raquel.

P.16- La matrona en la atención al adolescente. Anticoncepción de emergencia. Pautas de actuación y aspectos éticos-legales.
Alarcón Diana Maria Paz, Martínez Serrano Paloma, Del Pliego Pilo Gema, Romo Jiménez Lucio, Hermoso Villar Pablo.

. .

P.17- Hábitos sexuales en los alumnos de la ESO en Toledo.
Jiménez Angulo Carlos, Peñas García Mª Isabel, Rubio Salinero Mª Teresa, Sukkarieh Noria Sandra, Romo Jiménez Lucio.

P.18- Accesibilidad a la citología en Atención Primaria.
Miralles Corrales Silvia ,Duran Algas Lorena, Doménech Gil María Teresa, Hermoso Villar Pablo.

P.19- Valoración del apoyo a la lactancia materna.
Asensio Tomás Nieves, Ballester Llopis Amparo.

P.20- Prematuridad. La naturaleza es sabia.
Ros Castro Rosario, García Ros Francisco Javier, Lemus Mas Rosa Mª, Barrios García Margarita, García Ros Mª del Rosario.

P.21- Elaboración de una curva de medición de la altura uterina.
Baño Garnés Ana Belén, Martín Robles Mª Rosario, Béjar Fernández Resurrección, Verdú Román Teresa.

P.22- Prevención de la malposición fetal durante el trabajo de parto.
Alcántara López Carmen, Machado Ramírez Francisca, Martínez García Encarnación, Mendoza Ariza Margarita, Linares Hernández Juan Carlos.

P.23- Un recorrido histórico: evolución de la lactancia materna en el siglo XX.
Díaz Sánchez-Horneros Nuria, Romo Jiménez Lucio, Martínez Castellano Alberto, Díaz Chinchón Mª del Mar, Rodríguez Rodríguez Mª del Carmen.

P.24- La niña tiene novio.
Serrano Martos Juan, Rodríguez Olalla Laura, Lorite Garzón Catalina, Álvarez Nieto Carmen, Ruiz Liébana Gema.

P.25- Estudio de las características del parto en la adolescente menor de 17 años.
Rodríguez Portilla Natalia, Martínez Rojo, Carmen, Amate Segura Francisca, Martínez Moreno Carmen.

P.26- Ingesta de alimentos durante el parto.Mitos y verdades.
Hernández Santana Nicolás, Monagas Agrelo Iraya.

P.27- Reanudar la sexualidad durante el puerperio.
Lumbreras López Felisa, Rodríguez Rodríguez Mª del Carmen, Rodríguez Rojas Mª José, López Peña Mª Paz, Duque Teomiro Mª del Carmen.

P.28- El papel de la matrona en la primera mitad del siglo XX.
García Rabadán Inmaculada, Gómez Cantarino Sagrario, Sukkarieh Noria Sandra, Rodríguez Rojas, Mª José, Cazorla Vicente Ana Isabel.

P.29-¿Se practican demasiadas episiotomías en la Comunidad de Madrid?
Guijarro Huerta Román, Saiz Puente Mª Soledad, Azorín Lamela Rocío, Ortega Pineda, Raquel, Valero Atienza, Juan Luis.

P.30- Experiencia de un taller de lactancia Materna durante 2006.
Sanz Adell Vanessa, Jovani Diego Merche, Dealbert Ramos Elvira, Díez Soro Lidia.

P.31- Evolución de la asistencia al parto domiciliario y hospitalario.
García Ros Francisco Javier, Lemus Mas Rosa Mª, Barrios García Margarita, García Ros Mª del Rosario.

P.32- Análisis/reflexión sobre la idoneidad de los protocolos establecidos en la atención asistencial obstétrica hacia distintos colectivos de inmigrantes.
Criado Rodríguez Hortensia, García Gámez Amparo, Castaño Madroñal M.A.,Frutos Cantó Maricela, Pérez Escudero Alfonso.

P.33- Perfil de la usuaria de contracepción de emergencia.
Checa Salcedo Ana, Piñol Ortiz Laura, Bru Serra Elisabeth, Zazoe Perez de Ziriza Edurne, Aguilar Bartolomé Irene.

P.34- Investigación en la Unidad Docente de Matronas de Toledo.
Sukkarieh Noria Sandra, Duque Teomiro Mª del Carmen, Gómez Cantarino Sagrario, Rodríguez Rodríguez Mª del Carmen, Martínez Castellano Alberto.

P.35-¿Es factible la monitorización intermitente en el parto de bajo riesgo?
Ruiz Liébanas Gema, Águila Barranco Jose Carlos,Lorite Garzón Catalina, Serrano Martos Juan, López Ruiz Belén.

P.36- Papel de la matrona en el control de la pulsuioximetría fetal.
López García Inmaculada, Martínez Capilla María, Cervera Sánchez Jesús.

P.37- Incidencia de diabetes gestacional en la Z.B. de Salud de Loja (Granada).
López-Sáez y López de Teruel Mª Asunción, García García, Mª Llanos, Tirado Pedregosa Gerardo, Árbol Fernandez Máximo, Sánchez Ruiz Máximo Juan.

P.38-3 años caminando con un programa, ¿Qué hemos conseguido?.
Juárez Mendizabal Erika, López Santamaría Sonia, Ondorica Navascues Ibone, Langa Adel Mª Carmen, Ferrer Samatán, Elena.

P.39- Programa de educación para la salud en el puerperio hospitalario.
Molina Ramírez Miriam, García Ibáñez Sonia, García Chavero Mirem.

P.40- Lactancia: fenómeno Biocultutral.
Cazorla Vicente Ana Isabel, Duque Teomiro Mª del Carmen, Rubio Salinero Mª Teresa, Romo Jiménez Lucio, Lumbreras López Felisa.

P.41- La pelota de goma en el paritorio.
Fernández Zárate Margarita, Coronil Corchado Mª Carmen, Alba Arjona Macarena.

P.42- Locus de control y conocimients, actitudes y práctica del uso de la píldora y del preservativo entre los adolescentes universitarios.
Salheb Alves Aline, Baena de Moraes Lopes Maria Helena, Guarino Nilsen Evenise Cilene, Hugo Sabatino José.

P.43- El masaje perineal anteparto como método de protección del perineo en el parto.
García Muriana Alejandra, López Fernández Gema, Obregón Gutiérrez Noemí.

P.44- Seguimiento de la suplementación de yodo durante la gestación y la lactancia.
Dealbert Ramos Elvira, Navarro Robles Miquel, Sanz Adell Vanessa, López Sánchez , MJ , Aguilar Martin, C.

P.45- Cambios emocionales en el padre durante el embarazo.
Peñas García Marta Isabel, Díaz Chinchón Mª del Mar, García Rabadán Inmaculada, Sukkaríeh Noria Sandra, Rodríguez Rodríguez Mª del Carmen.

P.46- Efectos directos e indirectos de la salud buco-dental en el embarazo.
Muñiz Trueba, Lucia, Carcamo Collatti, Nancy Lorena

Estudio bromatológico de la placenta humana

Centro de Investigaciones Perinatales Las Palmas

"Con suavidad en la forma, pero con fortaleza en el fondo" Claudio Aguilera (1563 - 1611)

SánchezSuárezSergioLuis

Objetivo

Estudio de la **composición bioquímica de la Placenta humana**. Aspectos bromatológicos y características organolépticas. Estudios de la Placentofagia (PF) desde la Antropología, Sociología, Psicología, Genética e Inmunología.

Método

Recopilación bibliográfica (1917 a 2003) de componentes bioquímicos estudiados en Placenta Humana. **Encuesta nutricional** realizada a 20 madres que realizaron PF. **Encuesta de actitudes** frente a la PF.

Placentas de 30 gestantes a termino, no medicadas, edad entre 20 y 35 años, raza blanca y misma extracción social .

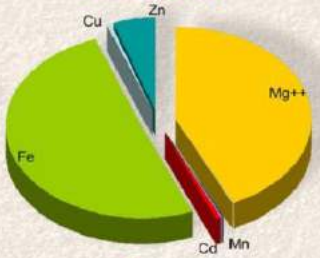
Tras el alumbramiento: pesado, fotografiado, trituración, centrifugación a 3000 rpm durante 10' a 15ºC, determinación de gradiente sólido/líquido y congelación en criotubos a –80ºC, registro horario de comienzo y finalización de cada uno de los pasos. Determinación de ph.

Resultados

Vitaminas en placenta humana (microgr/gr)

Humedad, cenizas, fibras, proteínas y grasas

Metales (ppm)



Hormonas

Estrógenos
Progesterona
Gonadotropina coriónica
Lactógeno placentario
Adrenocorticotropina coriónica
Tirotropina coriónica
Relaxina
Inhibina
Pp1 – pp20
Gnrh, TRH, CRH, STH
POEF (placental opioid-enhancing factor)

Aminoácidos (mgr%)

Conclusiones

La composición bioquímica de la Placenta Humana comprende desde el punto de vista nutricional la totalidad de los principios inmediatos . El contenido en Vitamina K le imprimen importancia en lo referente a la regulación homeostática de la coagulación.

La placenta estudiada desde el punto de vista nutricional es un compuesto orgánico de alto valor biológico, representando la ingesta dietética recomendada (IDR) de forma fisiológica mediante los mecanismos genéticos mencionados. El presente estudio forma parte de una línea de investigación dirigida a la comprensión de la función fisiológica de la placenta humana en su fase extrauterina.

Agradecimientos: A las madres que han donado su placenta y su atención. Al servicio de Paritorio del Complejo Hospitalario Materno Insular de Las Palmas de Gran Canaria. A los Doctores Jose Angel Garcia y Lluis Serra que han dirigido esta investigación. A la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Y a Yelco, que disfruta de la leche de una madre placentófaga.

Conflictos éticos que plantea la anticoncepci ón postcoital.

Hipótesis.

Existencia de conflicto de valores en los profesionales que abordan la anticoncepción de emergencia y repercusiones en la práctica clínica.

Objetivos.

- Mostrar los valores éticos implicados
- Conocer las dificultades que plantean los profesionales
- Determinar las actitudes que adoptan los profesionales

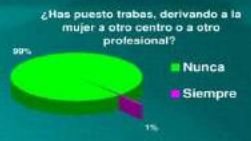
Introducción.

La cartera de servicios del servicio andaluz de salud oferta la anticoncepción o intercepción de emergencia, que consiste en suministrar la píldora del día después a aquellas mujeres que han tenido una relación sexual desprotegida.

El abordaje de esta práctica se ha convertido en los últimos años en un tema de gran interés clínico y puede generar en los profesionales una serie de conflictos morales.

Para comprender mejor que esta ocurriendo y por qué se actúa de determinada manera en nuestros servicios de salud nos planteamos realizar una encuesta a los profesionales implicados en el proceso y hacer un análisis ético.

Resultados.



Método.

Revisión bibliográfica para la identificación de conflictos morales y la discusión de las distintas posturas que hay en la actualidad. Se realiza una encuesta con juicios de valor y actitudes hacia la anticoncepción postcoital con escalas Likert que contestaron médicos, enfermeras y otros profesionales de centros de salud del Distrito Sanitario Metropolitano de Granada.

Discusión.

La anticoncepción postcoital esta planteando problemas en nuestros centros de salud por la enorme demanda que genera, ocasionando disfunciones en el sistema sanitario escasamente preparado para atender esta demanda que, sin suponer una urgencia vital requiere una intervención rápida y escasamente planificable.

Esta anticoncepción puede suscitar controversias desde el punto de vista moral. Estos conflictos parece que no influyen en gran medida en la práctica clínica ya que se respetan las demandas, aunque si genera cierto malestar por ver esta prestación no adecuada en algún caso.

Aunque por lo explorado, en casos aislados, esto podría desencadenar actuaciones que van desde la objeción de conciencia y por tanto la negación de suministrar la píldora del día después (quienes entienden que la protección del zigoto debe ser absoluta desde la fecundación), hasta practicas cuanto menos poco éticas y dudosas como "tratar de persuadir a las mujeres de su no uso" o poner dificultades para su obtención.

Conocer los conflictos de valores nos permite plantearios abiertamente entre los profesionales para tomar medidas que reduzcan o mitiguen el malestar y la incertidumbre que este tema despierta.

Partiendo de este primer contacto se tendría que explorar más este a.

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD
Servicio Andaluz de Salud
Distrito Sanitario Metropolitano de Granada

Bibliografía

Douceiro A. Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia. Consideraciones. Rev. Pediatr Aten Primaria. 2007;9(33):145-162.

Amarilla, M. El menor maduro ante la salud reproductiva: el caso de la anticoncepción de emergencia. Barcelona 2004

Avecilla A. Particularidades de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Clin Pediatr Aten Primaria. 2002;5:5-290.

Pérez Gil J, Colis N. Métodos de anticoncepción en adolescentes: la anticoncepción hormonal de emergencia. Aten Primaria. 2000;25(5):321-325.

Acosta Nuvas B, Miralles MC. Contracepción postcoital urgente. Pediatr Aten Primaria. 2003;5:523

Mesa Gallardo I, Bolboa Jiménez MJ, Manzano Comportamientos sexuales y uso de preservativos en un medio urbano. Aten Primaria. 2000;25:374

Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet. 1998;352:428-33.

Trussell J, Stanford JB, Edelman AB. Emergency contraception: cost-effectiveness of hormonal emergency contraception. Obstet Gynecol. 2002;100:269-78.

Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. N Engl J Med. 1995;333:1517-21.

Rodríguez EMS. Estrategias de una perspectiva ética. Atención Médica. 1999;1:99-103.

Alvarado JLG, Cruz Santos A, Cuilty M et al. Conocimiento e, Benjumea A, Bolaños A. Análisis de las demandantes de pastillas anticonceptivas de urgencia. 2002;3:153-8. Ciencia A, Ana

Antón Pacheco JL, Redondo Pérez MI, Pizarro Redondo. Anticoncepción postcoital en Atención Primaria. 2003;5:324-30.

Autores:

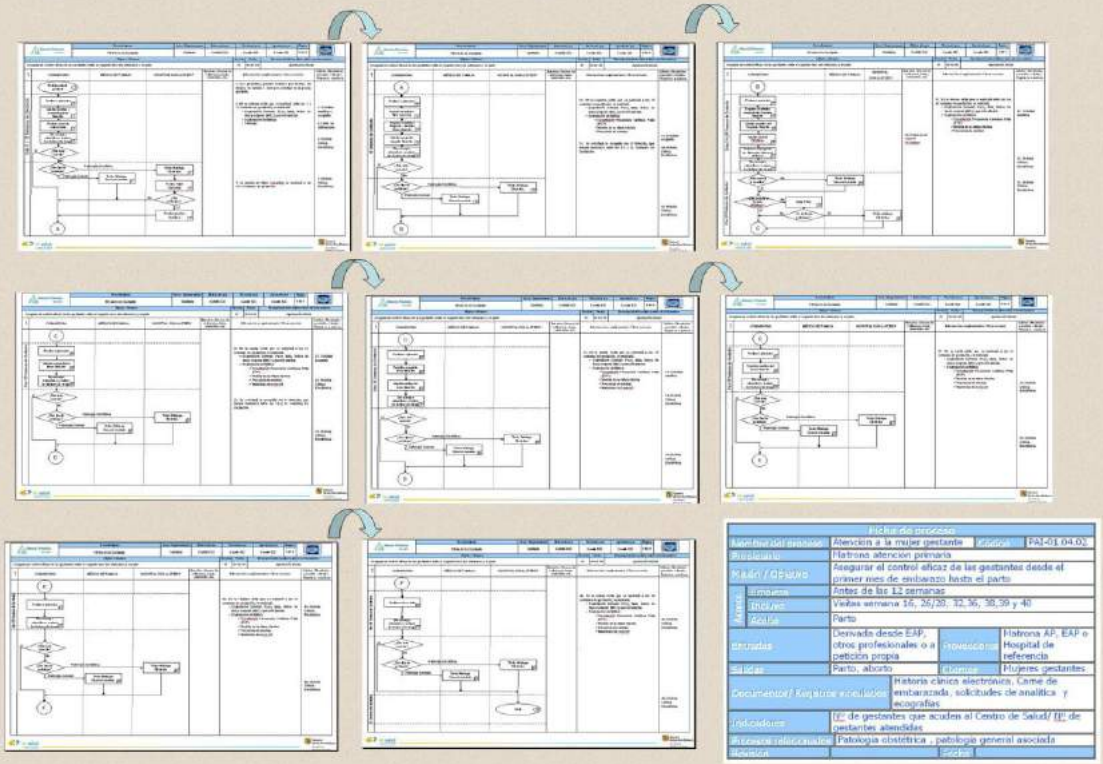
Mª Asunción López-Sáez y López de Teruel (Granada)
Máximo Juan Sánchez Ruiz. (Granada)
Gerardo tirado Pedregosa. (Granada)
M Llanos García García (Granada)
Araceli López Sáez y López de Teruel (Granada)

Diseño del proceso de atención a la mujer gestante en Atención Primaria

Doménech Gil, M.; Miralles Corrales, S.; Ruiz Torrejón, A.; Hermoso Villar, P.

•**OBJETIVO**: Definir, dentro del mapa de procesos de la organización, las actividades llevadas a cabo por la matrona de Atención Primaria en el proceso de atención a la mujer gestante.

•**MATERIAL Y MÉTODO**: La norma ISO se orienta hacia la certificación y documentación de los procesos definidos dentro de una organización. Con el modelo EFQM dicha organización puede identificar los puntos fuertes y débiles de su sistema de gestión y además medir la eficacia de sus sistemas de calidad. Basándonos en la complementariedad de ambos modelos, se ha utilizado una combinación de los mismos para llevar a cabo la elaboración y documentación del proceso.



Ficha de proceso			
Atención del proceso	Atención a la mujer gestante	Código	PAI-01.04.02
Responsable	Matrona atención primaria		
Misión / Objetivo	Asegurar el control eficaz de las gestantes desde el primer mes de embarazo hasta el parto		
Alcance	Antes de las 12 semanas		
Inicio	Visitas semana 16, 26/28, 32, 36, 38,39 y 40		
Fin	Parto		
Entradas	Derivada desde EAP, otros profesionales o a petición propia	Proveedores	Matrona AP, EAP o Hospital de referencia
Salidas	Parto, aborto	Clientes	Mujeres gestantes
Documentos/ Registros asociados	Historia clínica electrónica, Carne de embarazada, solicitudes de analítica y ecografías		
Indicadores	Nº de gestantes que acuden al Centro de Salud/ Nº de gestantes atendidas		
Procesos relacionados	Patología obstétrica , patología general asociada		
Revisión		Control	

•**RESULTADOS**: Se han definido las **actividades del proceso** mediante el ***diagrama de flujo***: QUÉ, QUIÉN y CÓMO se realizan las actividades en el proceso de atención a la mujer gestante, desde el primer contacto en Atención Primaria hasta el final de la gestación y las **características del proceso** mediante la ***ficha de procesos.*** Se han identificado entradas, salidas, alcance, registros vinculados, procesos relacionados e indicadores. Obteniendo la certificación ISO 9001-2000 (ER-0884/2006) y 250 puntos en la Evaluación EFQM.

•**CONCLUSIONES**: El diseño del mapa de procesos consigue que el conocimiento, en relación al proceso de atención a la mujer gestante, quede claramente estructurado. Convirtiéndose en un elemento de referencia y punto de partida para el resto de centros de Atención Primaria de Mallorca, en el desarrollo de nuevas iniciativas en relación a la mejora continua de la calidad.

EPISIOTOMÍA CENTRAL Y MEDIOLATERAL. RESULTADOS EN EL HUMIC

Moragas Agrelo I, Ramos Rivero, R, Matronas. Ramírez García, O, Médico Adjunto.
Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Gran Canaria

INTRODUCCIÓN.

- La episiotomía es en la actualidad es la operación obstétrica más frecuente.
- Su realización de forma sistemática así como el tipo de incisión son hoy temas de controversia.
- Su incidencia es igualmente variable, desde el tope máximo del 90% en EEUU hasta el mínimo del 24.5% en Holanda.
- Los últimos datos publicados por la SEGO indican una media nacional de 52.05% de episiotomía en partos eutócicos, variando desde el 71% en la comunidad gallega hasta el 33% de la comunidad canaria en el año 2006.
- Existen indicaciones de la misma universalmente aceptadas, pero otras son ampliamente discutidas. Las indicaciones generales de la episiotomía son tres, como coadyuvante de la operatoria obstétrica, como indicación materna y como indicación fetal.
- Dentro de las ventajas de la episiotomía central comparada con la mediolateral encontramos que no incide en lazadas musculares, es más fácil de reparar, tiene mejor cicatrización, mejor resultado anatómico y menor dolor y pérdida hemática que la mediolateral. Por el contrario, la literatura señala mayores desgarros de III y IV grado en la episiotomía central.
- El HUMIC es un centro de III nivel de referencia en la Provincia con una media anual aproximada de 7680 partos. En su protocolo "Parto normal" encontramos las siguientes referencias:
  - 3.11. Se practicará episiotomía electiva, no sistemática, ni aun en nulíparas.
  - 3.11.1. Se debe tender a realizar el menor número posible de episiotomías.
  - 3.11.2. Se realizará de preferencia episiotomía central.
  - 3.11.3. Se debe esperar a la adecuada distensión del perine.

ANTECEDENTES Y OBJETIVO.

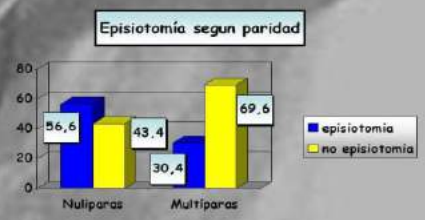
- Tras haber realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos de PubMed y Cochrane, constatamos la escasez de evidencia científica al respecto.
- El objetivo planteado ha sido analizar los datos en nuestro medio en cuanto a la praxis de episiotomía central o mediolateral y los desgarros producidos.

MATERIAL Y MÉTODO.

- En una primera fase del estudio se realizo una revisión bibliográfica donde encontramos los siguientes estudios:
  - ✓ Shiono P, Klebanoff MA, and Carey JC. **Midline episiotomies: more harm than good?** *Obstet Gynecol* 1990;75(5):765-770.
  - ✓ Thacker, SB. **Midline versus mediolateral episiotomy** *BMJ 2000;320:1615-1616 (British Medical Journal 17 June)*.
- Se trata de un estudio observacional retrospectivo, mediante el análisis estadísticos de los datos obtenidos en el HUMIC a través de la base de datos del centro.
- Se analizo el total de partos eutócicos, a término, de gestaciones únicas y en presentación cefálica entre los años 2000-2006.

RESULTADOS I:

- Se atendió un total de 53.762 partos durante el periodo estudiado, de los cuales 29.494 cumplían los criterios de estudio.
- De la muestra estudiada, 14.250 mujeres (48,31%) eran nulíparas y 15.244 (51,68%) multíparas.



RESULTADOS II:

1. En nuestro medio existe un porcentaje levemente **superior de episiotomías centrales** frente a las mediolaterales
2. Existe un **bajo porcentaje de desgarros** relacionado con ambas técnicas de episiotomía
3. Existen similares porcentajes de desgarros de tercer y cuarto grado atendiendo a la paridad y al tipo de episiotomía
4. Los porcentajes de desgarros leves son también similares

CONCLUSIONES.

- **La episiotomía central es una técnica segura en nuestro medio atendiendo al número de desgarros**
- La **incisión central debería ser la técnica de elección** cuando es necesaria la episiotomía **dado que** muestra **claras ventajas de esta incisión frente a la mediolateral**
- No se objetiva diferencias en cuanto al número y tipo de desgarros independientemente del tipo de episiotomía y la paridad
- Siempre la elección de esta técnica queda supeditada a la destreza en su realización y el criterio del asistente al parto en cada caso

Servicio

XII congreso Nacional de Matronas

TOP 20

Gobierno de Canarias

GRADO DE SATISFACION DE LAS GESTANTES DURANTE EL PROCESO DE DILATACION Y PARTO. UNA REFLEXION PARA LAS MATRONAS.

Arenas Puerta Tania, García Martín ,Saturnino, Piñero Navero Sofía, Alarcón Merino Granada, Jiménez Iglesias Virginia.
Matrona del Hospital Universitario Maternal del Complejo Infanta Cristina de Badajoz.

INTRODUCCION

- **La satisfacción es definida como el punto de vista, positivo o negativo, del usuario sobre los servicios recibidos y los resultados del tratamiento (Sheppard, 1993). Los servicios, en general, son: intangibles, inseparables, inconsistentes, perecederos y su calidad depende de las personas que los proporcionan.**
- **Satisfacción = Percepciones – Expectativas**

OBJETIVO

Valorar el grado de satisfacción de las gestantes en la unidad de paritorio en el Hospital Materno Infantil de Badajoz, respecto al entorno asistencial, a la información recibida, grado de calidad de la atención recibida, invitar a la reflexión sobre la atención prestada y analizar los procesos susceptibles de mejora.

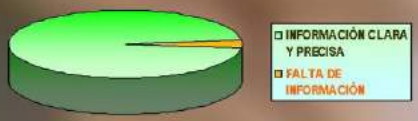
METODO

Estudio prospectivo, descriptivo durante un periodo de cinco meses. Ámbito: paritorio hospital materno infantil de Badajoz. Muestra: 632 gestantes durante el proceso de dilatación y parto. Intervención: Se diseño una encuesta de 20 preguntas, con respuestas tipo Likert relacionadas con los objetivos del estudio: intimidad, relación con el personal sanitario de la unidad, percepción de profesionalidad, calidad de la información recibida, tener en cuenta sus deseos durante el proceso de parto. Se realiza análisis estadístico SPSS.

RESULTADOS

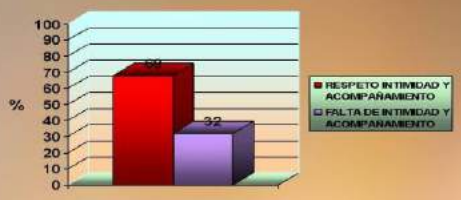
1. Sobre la INFORMACION A LA PACIENTE, El 96% consideró que la información había sido buena y clara en todo momento, por parte de todo el personal sanitario que la atendió.

INFORMACIÓN A LA PACIENTE



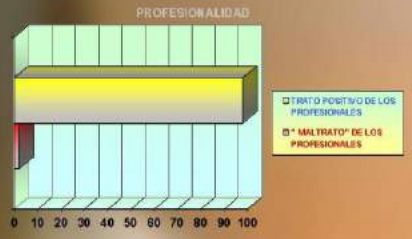
2. Sobre el RESPETO A LA INTIMIDAD, Solo un 68% de las encuestadas consideró positivamente que se había respetado su intimidad y acompañamiento en todo momento.

RESPETO A LA INTIMIDAD



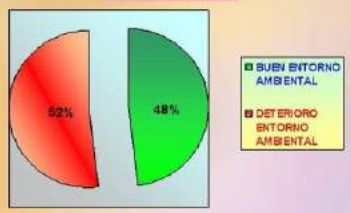
3. Sobre EL TRATO PROFESIONAL, El 98% valora como muy positivo tanto el trato de los profesionales como su profesionalidad durante todo el proceso.

PROFESIONALIDAD



4. Sobre el ENTORNO AMBIENTAL, Solo el 48% encontró bueno el entorno ambiental (ruido, limpieza, estado de las [illegible]).

ENTORNO AMBIENTAL



CONCLUSIONES

La relación del personal y profesionalidad, sobre todo de la matrona con las gestantes de [illegible] resultados detectaron la necesidad de hacer cambios estructurales en la unidad de modo que mejoren la [illegible]. Así como, también el personal debe reflexionar, sobre proporcionar un entorno lo mas familiar posible, como si el [illegible].

DISCUSIÓN

Un paritorio no es un espacio cerrado en donde la frialdad del deber bien cumplido es suficiente [illegible] apoyo que necesita una parturienta.

A pesar de la preocupación fundamental de la gestante en la unidad de paritorio, es importante [illegible] un ambiente acogedor, cálido, con las medidas medioambientales y psicológicas adecuadas que ayuden a superar la mayor parte de las dificultades.

En nuestro estudio se detectó la necesidad de [illegible] mejoras en las salas de dilatación, parto e información porque les parecían frías, pequeñas, poco acogedoras y donde mantener la intimidad se hace [illegible]. Además, se objetivó la necesidad de actualizar el mobiliario ya que está bastante deteriorado. Estos resultados reflejan la realidad de la mayoría de [illegible] hospitales españoles de la sanidad [illegible] más de 25 años de antigüedad. La renovación del mobiliario debería suponer, entre otras, una de las prioridades del presupuesto de la [illegible] pública. Todo en aras de convertir el paritorio [illegible] más parecido a su propio hogar.

BIBLIOGRAFIA

1. Sheppard, M. (1993). Client satisfaction, extended intervention and interpersonal skills in community mental health. Journal of Advanced Nursing, 18(2), 286-289.
2. Mira J. Aranaz. La satisfacción del paciente como una medida de resultado de la atención sanitaria. Mapfre Medicina 2006, 114 (suplt 3): 36-39.
3. Cristina Jonefrita. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora continua de los servicios sanitarios. Rev. Calidad asistencial 2001, 16: 276-279.
4. Forns C. Al otro lado de la puerta. REMI 2002, 2: 61.
5. Velasco JM. A ambos lados de la puerta. REMI 2002,2:55

POSICIONES PARA PARIR. ESCUCHA A TU CUERPO.

(Versión Resumen de Texto)

INTRODUCCION

Se realiza un elenco de las distintas posiciones posibles a elegir por la mujer para el momento del parto.

OBJETIVOS

- Seleccionar las distintas posiciones para parir, aportando con ellas la información a la mujer sobre las ventajas y desventajas de cada una de ellas.
- *Se transcribe en la información y en los textos un lenguaje sencillo y comprensible para la mujer.
- * Se realiza una oferta de todas estas posiciones posibles a elegir, pero teniendo en cuenta y dándole a la mujer la posibilidad que escuche a su cuerpo, sobre la que más le apetece a ella, siguiendo su instinto.
- *Conseguir a través de unas ilustraciones, una sencilla comprensión de la información.

RESULTADOS

*Elaboración de un compendio de fotografía y textos de todas las posiciones para parir:

Posiciones sentada: 1.Apoyada hacia delante.

2. Apoyada hacia atrás.

Posiciones tumbada: 1.Decúbito lateral……Tumbada sobre un lado.

Caderas semiflexionadas.

2. Decúbito supino……Caderas semiflexionadas

Caderas hiperflexionadas.

Posiciones Cuadrupédicas: 4 puntos…….espalda hacia delante.

4 puntos…….espalda en horizontal.

Posiciones agachada o cuclillas:1. Agachada sostenida.

2. Agachada sostenida por dos personas.

Posiciones de pie: 1. Caderas en semiflexión

2. Caderas en extensión.

3. Caderas en extensión apoyada en pared.

METODO: Se han utilizado bibliografías revisiones realizadas en bases de datos Cochrane y Medline.

CONCLUSIONES:

*Las ventajas que tienen las posiciones verticales y laterales, son más ventajosas que las que se utilizan tradicionalmente en los hospitales, que es la posición de litotomía.

*Disminuyen el número de episiotomías.

*El periné sufre menos desgarros.

*Las desventajas:
Existe un incremento en el volumen de pérdida de sangre en la posición vertical.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: ORIENTACIÓN POR PARTE DE LA MATRONA

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace unas recomendaciones básicas con la finalidad de que el embarazo resulte lo más adecuado para la salud, como son: evitar embarazos después de los 35 años, no sobrepasar los cuatro partos, primera gestación después de los 18 años e intervalo intergenésico de un mínimo de dos años.

La función reproductora no se concibe actualmente sin una racionalización y adecuación a la situación y las necesidades del individuo. Estos dos aspectos, por un lado la libertad del individuo para poder decidir el número de hijos y el momento oportuno para tenerlos, y por otro, las recomendaciones de la OMS como indicaciones médicas de salud, son unos argumentos fundamentales para justificar la necesidad de una planificación familiar.

Los distintos métodos naturales denominados por la OMS como métodos de abstinencia periódica, tienen una eficacia muy variable, ya que depende en parte de la disciplina y constancia de su uso, del entrenamiento, de la claridad con que se presentan síntomas y obviamente de la regularidad del ciclo de la mujer.

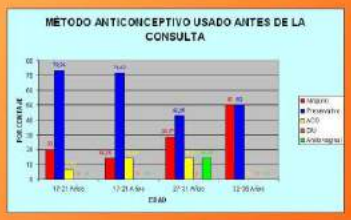
OBJETIVOS

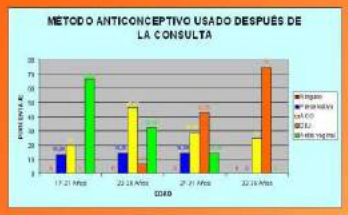
- Conocer el perfil sociocultural de las usuarias de los diferentes métodos anticonceptivos.
- Determinar situaciones de antecedentes de ITS que puedan condicionar la elección del método anticonceptivo.

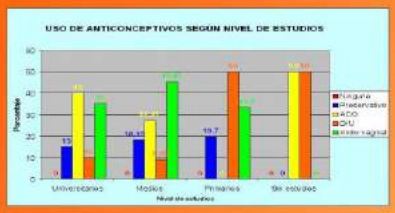
METODOLOGÍA

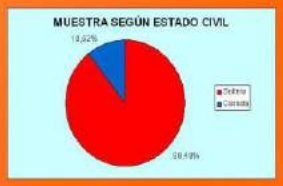
Estudio observacional transversal retrospectivo. Se escogió una muestra al azar, compuesta de 65 mujeres que acuden al Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual de Granada entre los meses de septiembre a diciembre de 2006, y cuyo motivo de consulta se refiera a planificacion familiar. En estas historias se recogen los datos de edad, metodo anticonceptivo anterior a la consulta, método anticonceptivo elegido despues de la consulta, parejas sexuales en el último año, antecedentes de infecciones de transmisión sexual y nivel de estudios.

RESULTADOS









CONCLUSIONES

De nuestros resultados deducimos que el metodo anticonceptivo elegido va cambiando según la edad. Así, en la población más joven prefieren el anillo vaginal, mientras que a medida que va avanzando la edad, esta preferencia decae a favor de los ACO, para más tarde aumentar la preferencia por el DIU.

Otra situación que nos ha llamado la atención es que el hecho de tener antecedentes personales de ITS (21,68 %) no condiciona la elección del método anticonceptivo, ya que solo el 11,12 % de estos eligió un método de barrera (preservativo). De ahí la importancia de insistir en la educación sexual para la prevención de las ITS.

El método anticonceptivo más usado antes de la consulta es el preservativo (65,78 %) reduciéndose después de la consulta al 15,78 % y ocupando su lugar el anillo vaginal (31,57 %).

En cuanto al nivel cultural, las universitarias son las que más acuden en busca de información, prefiriendo los ACO, mientras que las de estudios medios se decantan por el anillo vaginal.

En mujeres sin pareja estable, la elección prioritaria es el anillo, mientras que en las que sí tienen pareja estable se decantan más por el DIU.

La matrona juega un papel fundamental en la elección del método pero debe de hacer más hincapié en los beneficios de los métodos barrera en los casos de ITS.

Autores: Martínez Gallano, J.M.; Herrera Gómez, A.; Ratia Ramos, M.; Martínez León, J.; Pozo Cano M.D

SUPLEMENTOS VITAMINICOS Y NUTRICIONALES DURANTE LA GESTACION

SITUACION ACTUAL EN LAS AREAS 4,5 Y 6 DE MADRID

Magdaleno del Rey, Gema*; Espejo Moreno, Laura*; Feijóo Iglesias, Belén*, Puig Requesens, Sara**; Rodríguez Ferrer, Rosa María*
*Matronas, Hospital Universitario La Paz
** Supervisora Servicio de Paritorio y Consultas de Fisiopatología Fetal

Hospital Universitario La Paz

RECOMENDACIONES DE LA OMS, MSC Y SEGO:

ACIDO FÓLICO: Previene los DTN. 0,4 mg diarios vía oral a todas las gestantes, en etapa preconcepcional y hasta la semana 12. 4 mg diarios a gestantes de riesgo. Posibilidad de mantenerlo toda la gestación.

YODO: Previene la hipotiroxinemia, evita retraso mental. Sal yodada para toda la población. Suplementación con 200-250mcg de yodo diario oral en la etapa preconcepcional y durante la gestación.

HIERRO: Previene anemia materna y repercusiones fetales.Suplementación con 30 mg diarios vía oral a partir del 2º trimestre. En casos de anemia instaurada valorar otras pautas según diagnóstico

COMPLEJOS MULTIVITAMÍNICOS: Como norma general no son necesarios. Valorar presentaciones especiales para gestantes

¡¡¡NUNCA OLVIDAR RECOMENDACIONES DIETÉTICAS!!!

TRABAJO DE CAMPO. HOSPITAL LA PAZ DE MADRID:

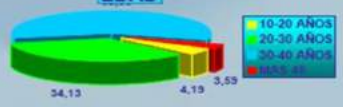
OBJETIVOS:

. 1.-Conocer aspectos esenciales de las pautas farmacológicas de los suplementos nutricionales en la mujer gestante: profesional prescriptor, momento de la prescripción y de la suspensión.
. 2.-Averiguar el grado de información de la gestante sobre la importancia de dichas medicaciones y el papel que desempeña la matrona en este aspecto educativo.
. 3.-Saber el grado de adherencia al tratamiento de las mujeres gestantes.
. 4.-Investigar el papel de la matrona en el seguimiento de dichos tratamientos

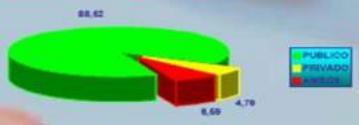
METODOLOGÍA: 167 ENCUESTAS. Población de estudio: Gestantes ingresadas en el HU La Paz.

RESULTADOS

EDAD



CONTROL DE LA GESTACION



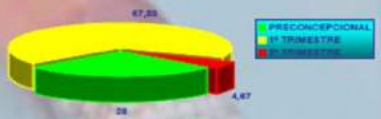
SUPLEMENTACION

. No en el 2,40% de los casos
. Si en el 97,6% de los cuales:
- ✓92,02 tomaron Acido Fólico
- ✓38,04 tomaron Yodo
- ✓74,85 tomaron Hierro
- ✓45,40 tomaron complejos multivitamínicos

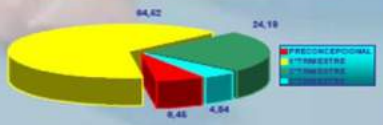
PRESCRIPCION

- ✓El 24,4% de las gestantes manifiestan no saber para qué sirven los suplementos recomendados
- ✓La mayoría (96,9%) han sido prescritos por el tocólogo
- ✓La matrona tan sólo los ha recomendado en un 3,07% de los casos

INICIO SUPLEMENTACION FOLATOS

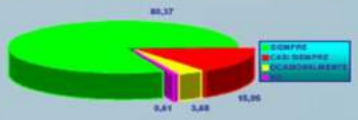


INICIO SUPLEMENTACION YODO



INICIO SUPLEMENTACION HIERRO

ADHERENCIA Y SEGUIMIENTO TRATAMIENTO



CONCLUSIONES

- ✓Es conveniente mejorar y homogeneizar las cifras de suplementación a gestantes, especialmente en la etapa PRECONCEPCIONAL
- ✓La matrona como agente de salud puede reforzar su papel en este sentido
- ✓¿Se pueden extrapolar los datos? Estudios multicéntricos

MATRONATACIÓN: UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS BENEFICIOS DE LOS EJERCICIOS EN EL AGUA Y LOS EJERCICIOS EN TIERRA ENLAS GESTANTES DEL PLA D'URGELL (LÉRIDA) ENTRE JULIO 2007 Y JULIO 2008.

Autoras: Roig Garcia Mª Carmen*, Ferrer Gil Maria*, Florensa Cabré Yolanda,* Mitjans Montoliu Elisabet, Navarro Tolosa Mª José**.**

***Matronas Residentes, unidad docente de Cataluña, Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.**

****Matronas ABS Pla d'Urgell de Lleida.**

ANTECEDENTES

El medio acuático es un ejercicio idóneo para la embarazada, ofrece amplias posibilidades para trabajar, además de brindar su componente lúdico. Algunos estudios han demostrado las significativas ventajas de la matronatación, tales como: reducir lumbalgias, edemas, calambres en las piernas, disminuir el número de días de baja laboral, aumentar el bienestar físico y psíquico, la autoimagen, la interacción de un grupo de iguales, etc. Muchos de estos estudios son extranjeros y pocos en nuestro medio próximo. Así pues, hemos elaborado un proyecto de investigación basado en la necesidad de conocer en nuestro territorio la Matronatación.

OBJETIVOS

- Investigar si la matronatación durante la gestación reduce las molestias típicas del embarazo (lumbalgias y edemas) y los días de baja laboral a consecuencia de estas causas.
- Investigar la influencia de la matronatación en el parto y aspectos perinatales en los dos grupos y valorar si existen diferencias.
- Describir el perfil sociodemográfico de las mujeres que participan en un programa de educación maternal.
- Medir el grado de satisfacción de las mujeres con las distintas actividades desarrolladas en el programa de educación maternal.
- Cuantificar el edema de las piernas de la mujer gestante en el grupo de mujeres de educación maternal.

MÉTODO

- Estudio analítico de cohortes prospectivo longitudinal que se llevará a cabo de julio del 2007 a julio del 2008 en el área de salud. Se compararán 2 grupos de embarazadas con características similares, uno de ellos estará en el programa de matronatación y el otro practicará los ejercicios en tierra. Las sesiones duran 1 hora (calentamiento, actividad y relajación). Se pasará un cuestionario a las mujeres en la semana 13 y 34 de gestación y en la 1ª semana postparto. Además a partir de la semana 13 de gestación valoraran a diario el nivel de dolor lumbar con una EVA (Escala Analógica Visual).

CUESTINARIO A PASAR A LAS SEMANAS 18 Y 34 DE GESTACIÓN

Edad:
<20
20-30
30-40
>40
Estado civil:
Casada/pareja
Soltera
Viuda/separada/divorciada
TPAL: ___-___-___-___
¿Trabaja fuera de casa?
Sí
No
Si trabaja fuera de casa, ¿cuantas horas?
1-4
5-8
>8
Si trabaja fuera de casa, ¿dónde es su tipo de trabajo?
Leve
Moderado
Duro
Nivel de estudios:
Analfabeto
Primarios
Secundarios
Superiores
¿Fuma?
Sí
No
Si fuma ¿cuántos cigarros al día?
1-10
10-20
>20
Peso: ___
Semana de Gestación: ___
TA: ___/___
¿Cómo considera su autoimagen corporal?
Mala
Regular
Buena
Muybuena

CUESTINARIO A PASAR EN LA ETAPA POST-PARTO:

¿Ha estado de baja por lumbalgia en el embarazo?
Sí Número de días:_____
No
Ha sufrido calambres nocturnos en el embarazo?
Sí
No
Peso que ganado en el embarazo:
0-7
8-14
15-20
>20
Semanas de gestación al parto:
<36
36-38
39-40
41-42
>42
Tipo de inicio de parto:
Espontáneo
Inducido.
Razón:_____
Tipo de parto:
Fórceps
Distócico (ventosa, espátula, cesárea, otros)
Cesárea
Analgesia en el parto:
Ninguna
Local
Regional
General
Experiencia de dolor en el parto:
Muy mala
Mala
Regular
Buena
Muybuena Nula
Sexo del RN:
Hombre
Mujer
Peso Rn en gr.
<2500
2500-3000
3000-4000
>4000
Altura Rn en cm.
<46
46-52
>52
Nº de días ingresado en el hospital:
De la madre: _____
Del Rn: _____
Presenta edemas post-parto?
Sí
No
¿En qué grupo participó en la preparación al parto?
Tierra
Agua
Nº de sesiones de preparación física en las que ha participado (agua o tierra)
<6
6-8
>8
Nivel de satisfacción de la preparación al parto en el que ha sido participada:
Muy mala
Mala
Regular
Buena
Muy buena
¿En otro embarazo repetiría el mismo tipo de preparación al parto (tierra/agua)?
Sí
No
Nose

EVA

Esta escala es muy simple, se refiere al nivel de dolor lumbar que usted está padeciendo hoy.
Haga una marca en el punto correspondiente a la intensidad de dolor lumbar que percibe hoy.
El 0 representa ausencia de dolor.
El 10 el máximo nivel de dolor imaginable.

RESULTADOS

Resultados y conclusiones: Los datos clínicos recogidos serán tratados estadísticamente mediante el programa SPSS para windows; que a través de los datos de los cuestionarios y de la Escala Anlógica Visial (EVA). Se considerará estadísticamente significativo los valores de probabilidad alfa P<0,05; se aceptaran los resultados con un índice de confianza del 95% y se aceptará un error del 5%.

En el desarrollo del estudio esperamos encontrar resultados similares a los estudios realizados hasta el momento en otros países:
El grupo gestantes que hacen matronatación obtienen un grado de satisfacción más elevado.
La matronatación reduce el nivel de dolor lumbar y edema en las extremidades inferiores.
La matronatación reduce el nº de bajas laborales por lumbalgias.

LA MATRONA EN EUROPA
(Versión Resumen de Texto)

Antecedentes
Según la Confederación internacional de matronas, celebrada el 19 de Julio de 2005 en Australia, *"Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería".*

La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.

La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad.

Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños.

Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud".

A pesar de que existe una definición mundialmente aceptada sobre las funciones de la matrona, los distintos países europeos difieren en muchos aspectos: el acceso a la formación, formación propiamente dicha, sistema sanitario en el que desarrolla su actividad, y funciones específicas.

Objetivo
Conocer y describir las diferencias existentes, en cuanto a los aspectos nombrados, entre varios países europeos (España, Francia Holanda, Inglaterra y Suecia).

Método
Búsqueda en diferentes bases de datos de los distintos sistemas sanitarios europeos y una revisión bibliográfica.

Resultado
Se constata la falta de uniformidad en la profesión en los países europeos estudiados.

Conclusiones
Socialmente, en Europa la profesión de matrona es reconocida, valorada y tiene una formación académica especializada. Nos planteamos que la evolución de los cambios sociales debe estar relacionada con la evolución del rol profesional de la matrona, siendo necesaria la unificación de los criterios desde el inicio de la formación hasta el desempeño posterior de la profesión.

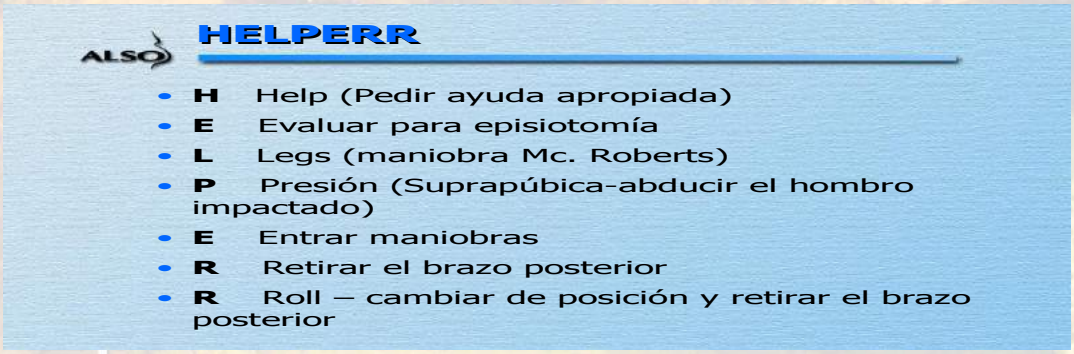
PROMOCIÓN DE CURSOS DE SOPORTE VITAL AVANZADO EN OBSTETRICIA.
(Versión Resumen de Texto)

Todos los profesionales que trabajamos en salas de parto, nos anticipamos a que pueda ocurrir alguna emergencia obstétrica, haya o no factores de riesgo: Prolapso de cordón, Eclampsia, Reanimación Neonatal, Distocia de Hombro, Hemorragia Postparto Masiva, Parto Vaginal de Nalgas, Reanimación materna, entre otros.

El motivo que me ha impulsado a formular esta comunicación, es el hecho de que como comadrona, no he encontrado en España ningún curso sobre emergencias obstétricas, y en cambio, cuando estuve en Inglaterra pude hacer el curso de "Soporte Vital Avanzado en Obstetricia" dirigido por la Asociación ALSO. Éste, tiene como objetivo remarcar y trabajar las principales causas de mortalidad materna con la meta de mejorar los resultados para madres y recién nacidos. Y lo más importante, consideran que óptimos resultados ante cuidados críticos en sala de partos dependen directamente de un buen trabajo en equipo.

El material presentado por este curso no pretende representar ni el único, ni necesariamente el mejor método para las situaciones médicas discutidas, más bien pretende presentar un acercamiento, una visión, una explicación que pueda ayudar a otros que se encuentran con situaciones similares.

El curso en sí consiste en clases presenciales, discusión de casos obstétricos, clases prácticas. Ofreciendo una didáctica práctica para recordar y mecanizar los pasos a seguir ante cada emergencia. Un ejemplo es como proponen mecanizar un método de actuación eficaz ante distocia de hombro con el neumónico:



Y otras propuestas que se mostrarían el día de la comunicación.

Si introdujéramos este curso en nuestro país podríamos complementar los establecido y nos aportaría métodos alternativos para nuestra praxis cotidiana y pautas de cómo organizarnos con el resto del equipo. A nivel mundial está teniendo buena aceptación, pues es efectivo y lo más importante se ha demostrado que ayuda a aumentar la calidad de la asistencia.

www.congresomatronas2007.com

VÍAS DE FINALIZACIÓN TRAS LA INDUCCIÓN DEL PARTO EN EL HOSPITAL VEGA BAJA

Autores: Ortuño Rosique, M. T[1].; Martínez Almarcha, F[1].; Morillas Guijarro, D.[2]; Oliva Pérez, J.[2]: Carrillo Jiménez, M. I.[2]

1. Matronas Hospital Vega Baja (Orihuela, Alicante). 2. Residente matrona (EIR 1) Hospital Vega Baja (Orihuela, Alicante).

Antecedentes:

La inducción del parto es una herramienta utilizada en las unidades de obstetricia, con el fin de estimular las contracciones uterinas antes del inicio espontáneo del trabajo de parto. Para terminar el embarazo de manera artificial se emplean diversos métodos (oxitocina, prostaglandinas, misoprostol, etc). Si después de esto no se consiguen contracciones espontáneas, se inicia perfusión con oxitocina para obtener el resultado deseado. La bibliografía recoge un aumento en el porcentaje de cesáreas en los casos de inducción.

Objetivos:

Analizar y comparar las vías de finalización del parto, tanto en los partos de inicio espontáneo como en los inducidos, en el Hospital Vega Baja de Orihuela.

Material y método:

Estudio descriptivo observacional de las inducciones realizadas sobre 1841 partos desde el 1/10/2005 hasta el 25/6/2006. Recogida de datos a partir de registro hospitalario y tratamiento estadístico con SPSS 3.0.

Resultados:

Se revisaron un total de 1841 mujeres. Por vía vaginal finalizaron el 84,52% (n=1556) y mediante cesárea el 15,48% (n=285) *(fig. 1)*

De los partos iniciados espontáneamente (73,65%) (N=1356), el 85.33% (n=1157) finalizó por vía vaginal y el 14.67% (n=199) terminó en cesárea.

En los partos inducidos (26,35%) (N=485), terminó por vía vaginal el 82.27% (n=399), y el 17.73% (n=86) acabó en cesárea *(fig. 2)*

OR=1.25 (IC 95%)

fig. 1

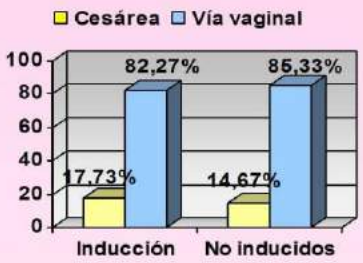


fig. 2

Conclusiones:

Se aprecian diferencias en las vías de finalización entre los partos iniciados espontáneamente y los inducidos.

La finalización por vía vaginal es en ambos casos la mayoritaria. Sin embargo, en los partos inducidos la probabilidad de finalizar en cesárea es un 25 % mayor que en los iniciados espontáneamente (OR=1.25).

Comparando nuestros resultados con la bibliografía actual donde el índice de cesáreas post-inducción oscila entre el 18-45%, nuestro hospital, con el 17,73%, presenta un índice similar al de los centros con porcentajes más bajos.

En los partos no inducidos el índice de cesáreas de nuestro centro es del 14.67%, inferior al de la bibliografía consultada (18-25%).

Bibliografía:

1. Glantz, J.C. Elective induction vs spontaneous labor associations and outcomes. J. Reprod. Med. 2005 Apr; 50 (4):235-40.
2. Park, K.H., et al. Comparative study of induction of labor in nulliparous women with premature rupture of membranes at term compared to those with intact membranes: duration of labor and mode of delivery., J Obstet. Gynaecol. Res. 2006 Oct;32(5):482-8.
3. Ribau Diez, M.J., Berzosa Gonzalez J. Inducción del parto tras la aplicación de gel de prostaglandina E2: análisis de los resultados en 1.067 gestantes. En Artículos originales [en línea] 23-04-2002 [fecha de acceso 04-04-2007] URL disponible en http://www.doyma.es
4. Vrouenraets, F.P., et al. Bishop score and risk of cesarean delivery after inductionof labor in nulliparous women. En Obstet. Gynecol. 2005 Apr;105(4):690-7.
5. Escribano, J.J., et al. Comparación de costes de la cesarea mediante técnicas de Misgav Ladach y convencional con incisión de Pfannenstiel *Prog. Obstet. Ginecol. 2004; 47(7):323-9)*
6. McDonagh, M.S., et al. The benifits and risks of inducing labour in patients with prior cesarean delivery : a systematic review. BJOG. 2005 Aug; 112 (8): 1007-15.

SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE: PILDORA POSTCOITAL Y USO DE ANTICONEPTIVOS.

Camacho Alcocer, M; Cano Calero MªC; Sánchez García, Y; Morgado Ramos S; Cascos Cabanillas MºM.
Matronas del Hospital Materno-Infantil de Badajoz.

INTRODUCCIÓN.

La anticoncepción de emergencia (AE), se lleva a cabo desde 1977 con el Metodo Yuzppe. A partir de 1984 aparecen los primeros estudios con levonorgestrel. A España llega a partir del 2001 desplazando al Método Yuzppe. La AE es una actuación que hace posible la prevención primaria del embarazo no deseado, cuando no se ha utilizado anticoncepción adecuada. Su demanda potencial es enorme y sus principales usuarias son adolescentes y mujeres jóvenes.

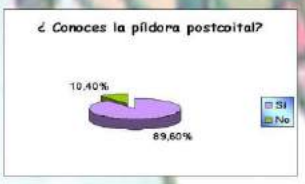
OBJETIVOS.

Analizar el conocimiento y uso que los adolescentes de nuestro entorno tienen sobre la Anticoncepción de Emergencia.
Analizar el conocimiento del resto de métodos anticonceptivos.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Estudio Observacional Descriptivo.
Muestra representativa de adolescentes entre 15-19 años que cursan 1º y 2º de bachillerato en Institutos de Enseñanza Secundaria.
Encuesta anónima y voluntaria autocumplimentada por el adolescente en horas de clase.
El análisis de los resultados se realizo empleando el paquete de programas estadísticos SPSS 12.0

RESULTADOS.



La píldora postcoital es conocida por el 89,6% de los alumnos, no habiendo diferencias entre mujeres y hombres. El 90,4% de las mujeres y el 81% de los hombres, saben que este método solo se debe utilizar cuando te falle tu método anticonceptivo habitual. Un 7% de los chicos piensa que ese método se puede utilizar siempre que se quiera, y un 12% no sabe cuando se debe usar. Cuando fue solicitada, la chica acudió sola en un 28% de los casos.

CONCLUSIONES.

Aunque los adolescentes conocen los diferentes métodos y su uso, parece no utilizarlos en todos sus contactos, lo que les lleva a solicitar la píldora postcoital como método anticonceptivo habitual, supuesto que no esta recogido en el uso de este método.
Ofrecer a los adolescentes más información en los centros de estudio por parte de personal especializado, a cerca del uso correcto y limitado de la píldora postcoital y concienciarles de la importancia de utilizar de forma habitual otro método anticonceptivo.
Facilitar el acceso de los adolescentes a los centros sanitarios, evitando emitir juicios de valor cuando soliciten la anticoncepción de emergencia.

BIBLIOGRAFIA.

1.- Sánchez-Ramos M., Sánchez C., Sánchez S. [illegible]
2.- Fernández M.T. La anticoncepción de emergencia [illegible]
3.- Serrano E., Dueñas J. L., Serrano R., [illegible]
4.- Hassan J.A., Serrano D., Hernández J. [illegible]
5.- Mora M.I., Bonilla A., Cabrera M. [illegible]

Situación actual de las mujeres inmigrantes frente a la violencia de género en España

Paloma Martínez Serrano - Gema del Pliego Pilo - Mª Paz Alarcón Diana

Conclusiones:

1. La VPHM es un problema de salud grave con una alta prevalencia, así como un factor de riesgo que predispone a la mala salud de la mujer que lo padece y de sus hijos/as .
2. Las mujeres inmigrantes constituyen un colectivo especialmente vulnerable de padecer violencia por parte de su pareja o expareja y se comienza a disponer de estudios que indican la necesidad de dedicarle una atención especial.
3. Los arts. 23, 26 y 27.3 de la L.O. 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género7 vinculan la efectividad de determinados derechos laborales, de Seguridad Social y económicos reconocidos a favor de las mujeres víctimas de violencia de género, así como la concesión del permiso de residencia, al dictado de una orden de protección. Esto puede suponer para la mujer que el expediente de expulsión progrese y se vea obligada a regresar a su país de origen.
4. La matrona dispone de una posición privilegiada para prevenir y detectar casos de violencia de pareja hacia la mujer. Por ello debe conocer la magnitud y casuística del problema y tener conocimientos de los posibles modos de actuar en estos casos, para poder así asesorar y acompañar a la mujer en su proceso, dedicando especial atención a los grupos de mujeres más vulnerables y desprotegidas, como es el caso de las mujeres inmigrantes, con el objetivo de disminuir el riesgo para su salud, teniendo en cuenta las barreras socio-culturales que pueden surgir en la relación terapéutica y fomentando el conocimiento y la sensibilización de las matronas respecto a las especiales circunstancias en las que se encuentran estas mujeres.

Conocimientos y sensibilización del personal sanitario de atención especializada ante la violencia de género.

Gema del Pliego-Pilo*, Ana Belén Arredondo-Provecho **, Mónica Nadal-Rubio *, Raquel Roy-Rodríguez ***
*Matrona. Bloque obstétrico, Fundación Hospital Alcorcón. ** DUE. Medicina Preventiva, FHA ***DUE. Urgencias Generales, FHA.

Antecedentes

El 90% de las víctimas de violencia doméstica acude a los centros sanitarios (5), el médico/a y la enfermera del Centro sanitario son muchas veces la primera persona fuera del entorno familiar a la que la mujer acude, tenemos, por tanto, una posición privilegiada para identificar y prevenir casos de violencia.
Casi la totalidad de las víctimas visitaron a su medico general en el año siguiente a la agresión y además hubo un incremento de la frecuentación a la consulta del médico (6).
A pesar de ello se produce una infradetección de los casos de violencia, sólo se diagnostica un pequeño porcentaje de los casos y con una demora de entre 6 y 10 años desde que se inician las primeras agresiones (7).
Diversos estudios han puesto de manifiesto que los profesionales sanitarios tienen serias dificultades a la hora de detectar y actuar frente a la violencia doméstica contra la mujer por falta de información, dificultades en la coordinación interna del equipo y por la angustia personal que genera en ellos la atención a este problema (8,9). En otros estudios destaca la identificación de barreras que indican la persistencia de creencias tradicionales que consideran la violencia doméstica como un asunto privado (10) o como un problema social (11).

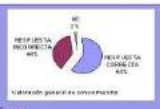
Objetivos y Metodología

- Detectar el nivel de conocimientos del personal que trabaja en los servicios más implicados en el campo de la violencia dentro de los hospitales del Area 8 de Madrid.
- Detectar las barreras de actitud y las barreras organizativas de estos servicios implicados.
- Analizar las opiniones de mejora frente al problema de la infradetección.
- Proponer medidas de mejora desde nuestro ámbito sanitario.

Estudio transversal, encuesta anónima y autoadministrada.
Se distribuyó durante el mes de Mayo de 2006 a 139 miembros del personal sanitario de las Unidades de Urgencias, bloque obstétrico y pediatría, de todas las categorías profesionales (auxiliares de clínica, enfermeros/as, celadores/as, médicos/as especialistas y residentes) de dos Hospitales del área 8 de Madrid: Fundación Hospital Alcorcón (88) y Hospital de Móstoles (51).
La encuesta consta de 26 preguntas, más los datos socio-demográficos y la categoría profesional de los encuestados. Abarca tres dominios: Nivel de conocimientos sobre el tema de estudio, Barreras de actitud y propuestas de mejora, Barreras organizativas y propuestas de mejora.

Algunos de los Principales Resultados

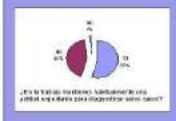
CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SANITARIO:



En general el nivel de conocimientos sobre el tema, valorado sobre el porcentaje global de repuestas acertadas (54%), sería de **nivel medio**. La proporción de aciertos fue **similar para cada categoría profesional**, no encontrándose diferencias significativas.
Para un porcentaje alto de profesionales la violencia contra la mujer está **asociada a clase social baja y la víctima y el agresor a falsos estereotipos.**

Respuestas incorrectas	Auxiliares	Enfermeros/as	Médicos/as	Residentes
Violencia asociada a la clase social	47%	36%	46%	22%
Estereotipos con respecto a la mujer maltratada: sexo de edad, con estudios, enfermas	29%	10%	23%	11%
Estereotipos con respecto al hombre que maltrata: Bebedor, desempleado, parado	30%	21%	26%	22%

ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO:



El 97% del personal cree que la violencia doméstica es **un problema importante o muy importante.**
A pesar de que el 95% de personas encuestadas opinan que la violencia doméstica **pasa desapercibida, un 44% de ellas no mantiene normalmente una actitud expectante** ante el problema. En relación con esto, lo más relevante es que **ante un paciente con lesiones físicas el 36% de los encuestados/as no se plantea el maltrato como diagnóstico diferencial.**

BARRERAS ORGANIZATIVAS O ESTRUCTURALES QUE ENCUENTRAN LOS PROFESIONALES

El 18% apunta a la **falta de información y formación del personal**, el 10% a la **falta de protocolos y coordinación entre profesionales y** el 16% a la **alta presión asistencial.**

Propuestas de mejora	Aux	Enf	Méd	Cela	Resid
Información sobre el procedimiento a seguir y una mayor coordinación interdisciplinar	8%	11.9%	28%	—	8%
Trabajador social/psicólogo en el servicio de urgencias 24h	4%	11.9%	11%	—	8%
Mayor tiempo disponible para los pacientes	4%	17%	22%	—	5.5%
Condiciones que propicien la intimidad	—	2%	5.5%	—	3.5%

Conclusiones

1. Para un porcentaje alto de profesionales sanitarios la VPHM es un **problema de clases sociales bajas y grupos minoritarios, casi marginales**, que no se corresponden con la información disponible en la bibliografía actual. **Estas falsas creencias pueden influir en la infradetección de los casos y dificulta la asistencia a la víctima**, como se observa en anteriores trabajos publicados (12).
2. Siguen existiendo **dificultades para comprender la conducta de la mujer** que se encuentra inmersa en una situación de maltrato, **esto dificulta el abordaje** en un momento que es clave para su atención integral.
3. Existe una **falta de formación** específica sobre el tema de VPHM que requiere un **programa formativo encaminado a un cambio de actitudes, valores y creencias** que permita a los profesionales empatizar más con la víctima.
4. Algo **más de un tercio del personal sanitario no investiga sobre maltrato ante pacientes con lesiones físicas evidentes** (11,12).
5. Los obstáculos que el personal sanitario identifica para la detección precoz y la asistencia a las víctimas coincide con los encontrados en trabajos anteriores, tanto con los llevados a cabo en España (9, 11) como con los realizados en otros países (8,10,12).
6. En el estudio hemos encontrado tasas de participación muy baja en las preguntas en las que se pide la aportación de posibles soluciones para las dificultades encontradas, en las que respondieron menos de la mitad de los encuestados. Estos resultados pueden indicar **desmotivación**, como señalan estudios que obtuvieron resultados similares (11) o **falta de confianza en la propia capacitación**, como los profesionales expresan cuando casi una tercera parte de los encuestados responde que no tiene conocimientos suficientes para poder contestar a la pregunta.

Bibliografía: 1. Oficina del alto comisionado de las naciones unidas para los derechos humanos. "La eliminación de la violencia contra la mujer". Resolución de la comisión de derechos humanos 2005/41. **2.** Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. **3.** Instituto de la Mujer. Memoria de actuaciones contra la violencia de género realizada por la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas en el año 2004. **4.** Morillas Cueva, L; . Revista electrónica de ciencia penal y criminología Nº 04 (2002). **5.** Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Violencia Doméstica. Madrid, 2003. **6.** Pérez Ibarra,R. Cuando el dolor de cabeza oculta maltrato. Publicado 07/07/2006 en El País. **7.** Simón ,C, Moreno, S. La violencia familiar pasa a la consulta. En Diario Médico, 19/07/2006. **8.** Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velázquez L, Rivera-Rivera I, Salmerón-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. Salud Pública México 2003;45;472-482. **9.** Pueblo J. La actitud del personal sanitario ante el maltrato contra las Mujeres. Primeras Jornadas sobre violencia-intrafamiliar. Facultad de Derecho, Universidad de Zaragoza. Zaragoza, 2002. **10.** Rodríguez-Bolaños, R A, Marquez-Serrano, M y Kageyama-Escobar, M L. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. Salud pública Méx. [online]. Mar.-/abr. 2005, vol.47, no.2, p.134-144. **11.** Sierdonos Castillo R, et al. Violencia doméstica y profesionales sanitarios. Emergencias 2002; 14:224-232. **12.** Oaxaca Ayala, F, Cantú Martínez, P C, Hernández Torres, U. Conocimiento y actitud ante la violencia familiar del personal de salud de unidades de primer nivel de atención de un programa universitario de salud. Revista Salud Pública y Nutrición 2005; 6 (1).

Hospital de Fuenlabrada

SaludMadrid

Comunidad de Madrid

LA MATRONA EN LA ATENCIÓN AL ADOLESCENTE. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA. PAUTAS DE ACTUACIÓN Y ASPECTOS ÉTICOS-LEGALES.

Mª Paz Alarcón Diana, Paloma Martínez Serrano, Gema del Pliego Pilo

ANTECEDENTES:

La adolescencia es una etapa dinámica donde se empiezan a tomar las primeras decisiones independientes. Si a esto le añadimos que en estas edades aparece la capacidad reproductiva unido a la desinformación y al inicio precoz de las relaciones sexuales en la sociedad actual, nos da como resultado un grupo vulnerable ante determinados riesgos, como son los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, susceptibles de intervención sanitaria para su prevención.

LEGISLACION ENTORNO AL MENOR:

- La Convención de los Derechos del Niño (1989)
- El Convenio de Oviedo (1997)
- La Ley de Autonomía del Paciente (41/2002 de 14 de Noviembre)
- La Ley de Protección Jurídica del Menor (L.O. 1/1996 de 15 de Enero)

¿QUÉ ESTÁ FALLANDO EN EL SISTEMA?

Altas tasas de abortos y embarazos no deseados
Falta de información: dónde acudir y a quién pedir ayuda
Deficiente educación sexual
Desconocimiento del marco legal

COITO DE RIESGO EN ADOLESCENTES

No uso del método, rotura del preservativo, olvido de píldora, despegamiento del parche anticonceptivo, extracción del anillo vaginal + de 3 horas

ANAMNESIS - ENTREVISTA CLÍNICA

(Matrona/ DUE/ Médico)

Antecedentes Personales
Toma de medicación
Menarquia
Fórmula menstrual
Fórmula obstétrica
FUR
Fecha y hora del coito a proteger
Riesgo de ETS

EDUCACIÓN SANITARIA

Métodos Anticonceptivos ETS

CAPTACIÓN EN CENTRO DE PLANIFICACION

(DUE,Medico,Psicólogo)

CAPTACIÓN A CONSULTA JOVEN

(Matrona)

TRATAMIENTO MÉDICO

(Médico)

- En centros de Atención Primaria
- En centros de Planificación Familiar
- En algunos hospitales en las urgencias

*Indicar consulta si retraso menstruación

CONCLUSIONES:

1- Actualmente las altas tasas de abortos y embarazos no deseados en adolescentes se han convertido en un grave problema de salud pública que las matronas como profesionales de la salud no podemos ignorar.
2- La magnitud que ha adquirido este problema nos tiene que hacer reflexionar qué es lo que falla en el sistema y cómo nosotras podemos contribuir para mejorarlo.
3- La matrona en la Consulta Joven y desde las urgencias de los hospitales puede realizar una gran labor informando a los jóvenes de cuáles son las opciones existentes, eliminando juicios de valor, para que éstos puedan disfrutar de una sexualidad sana.
4- Existe una necesidad de formación legislativa, del colectivo sanitario en general y de las matronas en particular, para abordar la atención del adolescente maduro en temas de salud reproductiva.

HABITOS SEXUALES DE LOS ALUMNOS DE ESO EN TOLEDO

Autores: Jiménez Angulo Carlos, Marta Isabel Peñas García, Mª Teresa Rubio Salinero, Sandra Sukkarieh Noria, Lucio Romo Jiménez.
Unidad Docente de Matronas de Toledo.

OBJETIVOS

Describir los hábitos sexuales, actitudes y conocimientos sobre anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes.

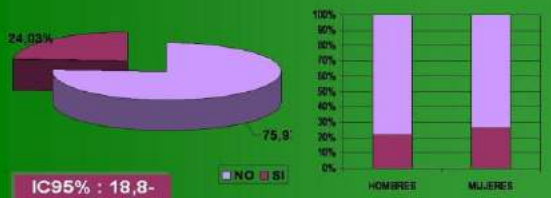
MATERIAL Y METODO

- Estudio descriptivo transversal realizado en 2005.
- Población: alumnos de 4º E.S.O de Centros Docentes de Toledo.
- Encuesta autocumplimentada y anónima construida con 21 ítems basados en cuestionarios ya contrastados.
- Se abordaban conocimientos sobre prevención de embarazos no deseados y ETS/SIDA, actitudes y hábitos sexuales.

RESULTADOS

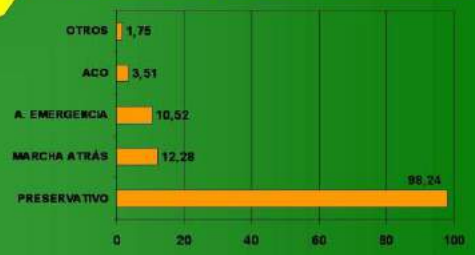
- Participaron 238 alumnos de 4 institutos.
- La edad media fue de 15,59 años (Rango 14-18).
- El 56,4% fueron mujeres.

¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales?

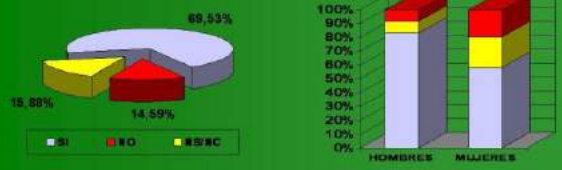


IC95% : 18,8-30,1

Medidas de protección utilizadas

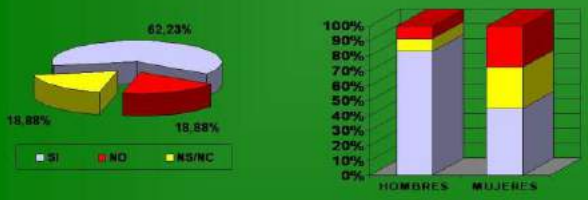


Me considero capaz de comprar preservativos

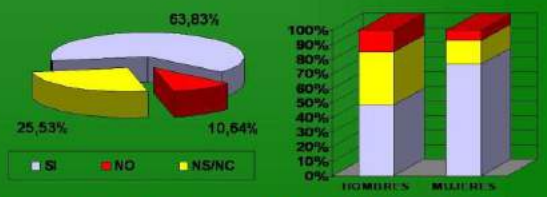


Frecuencia de protección

Sé cómo se pone de forma correcta un preservativo



¿Rechazarías una relación sexual sin preservativo?



CONCLUSIONES

- El patrón de relaciones sexuales en adolescentes concuerda con casi todos los estudios consultados.
- La mayoría usa el preservativo, aunque existe un porcentaje nada despreciable, que utiliza la marcha atrás.
- La actitud de las mujeres ante las relaciones sexuales es más precavida, frente al mayor pragmatismo de los hombres.

ACCESIBILIDAD A LA CITOLOGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO

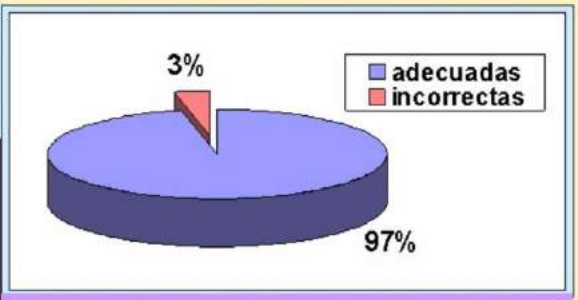
Evaluar la accesibilidad a la realización de la citología del cuello uterino, y su distribución por edad.

MATERIAL Y MÉTODOS

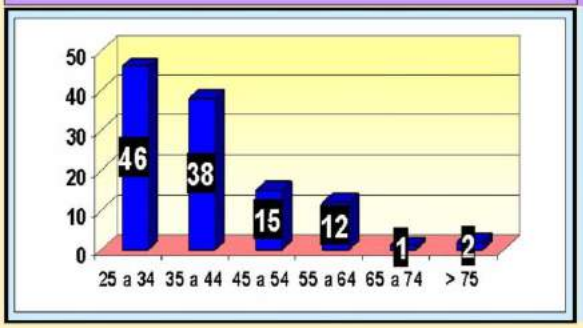
- Estudio Descriptivo
- Periodo : 1 de enero a 31 de diciembre del 2006
- Programa de prevención de cáncer de cuello uterino realizado en Atención Primaria de Palma de Mallorca
- Analizándose si era la primera vez que se les realizaba este procedimiento
- Distribuyéndose en grupos de edad (pirámide)
- MUESTRA TOTAL : 318 resultados

RESULTADOS

11 (3%) la muestra fue inadecuada para su evaluación posterior



114 (37%) primera vez, y en 193 (63%) ya constaba alguna citología previa en Sistema Público Salud



Grupos de edad a las que se les realizó por primera vez

46 (40%) 25-34 a
38 (33%) 35-44 a
15 (13%) de 45-54 a
12 (11%) de 55-64 a
3 (3%) > a 65 años

CONCLUSIONES

- La realización de este procedimiento cumple con los estándares de calidad deseables en cuanto a obtención de muestra satisfactoria para su estudio citológico.

- El grupo de edad con mayor probabilidad de acceso y de realización de la citología por primera vez, es el de 25 a 44 años (un 73%), lo cual representa un buen indicador de accesibilidad para la realización de este procedimiento en nuestro sistema público en mujeres jóvenes.

XII congreso Nacional de Matronas Lanzarote 2007

Miralles Corrales S[1]. Duran Algas L[2]. Doménech Gil .Mª T[3]. Hermoso Villar P.[4]
Comadrona[1] . EIR Comadrona [2]. DUE [3]. Sub-Director Enfermería Unidad Atención a la Mujer [4].
Dirección de Atención Primaria . Palma de Mallorca. IBSALUT

ib-salut servei de salut de les Illes Balears

VALORACIÓN DEL APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD 10 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

(Versión Resumen de Texto)

Antecedentes y Objetivos

Los beneficios para la salud se usan a menudo como argumento para la promoción de la lactancia materna (LM). Puede que no sea la estrategia más adecuada ya que la madre al mismo tiempo que conoce sus beneficios debería ser informada de la técnica, de los problemas que puede encontrarse y de cómo solucionarlos.

El objetivo de nuestro estudio es conocer la prevalencia de la LM y evaluar el apoyo ofrecido por las matronas.

Método

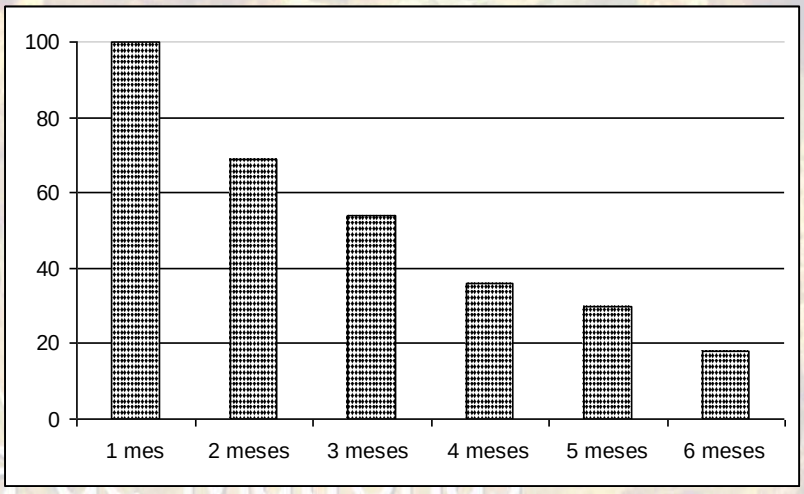
Estudio descriptivo retrospectivo.

Resultados

El 60% de la muestra optó por la LM. El 98% decidieron el tipo de lactancia durante el embarazo. En el 82% fue la matrona la mayor fuente de información sobre LM. El 54,5% de las mujeres que asistieron a las clases de Educación maternal optaron por LM. Durante la estancia en el hospital, el 54,5% amamantaron antes de los 30 minutos de vida, el 94,5% disfrutó del alojamiento conjunto, el 36% tuvo una ayuda profesional mayor de 15 minutos y al 20% les dieron suplemento. El Taller de lactancia alarga 33 días el tiempo de LM.

Conclusión

El inicio y la duración de la LM se ve favorecido por los cursos de Educación maternal y el Taller de lactancia, ambos impartidos por la matrona. Dentro de los factores modificables que podrían mejorarse, se encuentra la atención durante la estancia hospitalaria, donde se debería de potenciar la puesta al pecho antes de los 30 minutos de vida y la ayuda profesional mayor de 15 minutos.



Prevalencia de la lactancia materna desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida

PREMATURIDAD:
LA NATURALEZA ES SABIA.

AUTORES: Ros Castro, Rosario; Garcia Ros, Francisco Javier; Lemus Mas, Rosa M·; Barrios Garcia, Margarita; Garcia Ros, M· del Rosario
1· y 4· Matrona ; 2· y 5· DUE; 3· Supervisora Serv. De Obstetricia y Ginecologia

INTRODUCCION

Mucho es lo publicado sobre la lactancia materna a cerca de su valor nutricional, los beneficios y ventajas para el niño. Pero realmente lo hemos comprobado en nuestros cuidados dejando una alimentación materna exclusiva en los recién nacidos? .

CASOCLINICO

Antecedentes:
Mujer española de 26 años de edad, Np y embarazo de evolución normal, feto AEG, placenta y L.A. normal, resto del embarazo de evolución normal. Controlado en el Distrito Sanitario de la alpujarra.

PARTO :
36+4 SG
Duración total del parto 5h 5m.
Duración total expulsivo 10m.

Exploración del RN: (Realizada por pediatra) Factores de riesgo, NO.
Ictericia, NO.
Infección Connatal, NO
Aspecto de CIR, facies de "viejo", escaso paniculo adiposo. No rasgos de maiformaciones/degenerativos aparentes. Bien hidratado. Auscultación cardiaca: no soplos. Auscultación respiratoria normal. Abdomen normal.

Diagnóstico: bajo peso para la edad gestacional y parto pretérmino.
Evolución:
El niño no requirió el uso de incubadora al ser un parto domiciliario y no precisar traslado al hospital. Alimentado exclusivamente con lactancia materna a demanda desde el nacimiento y succión directa del pezón en las primeras 24h de vida. A la semana el peso era de 1900g, al mes de vida de 2500g, a los 80

DISCUSION

La evolución en este recién nacido y otros, nos debería afianzar en creer realmente en los beneficios demostrados científicamente sobre la lactancia materna plasmándolo en nuestra práctica asistencial diaria.

Elaboración de una curva de medición de la altura uterina en la provincia de Alicante.

Autoras: Baño Garnés AB, Martín Robles MR, Béjar Fernández R, Verdú Román T.

INTRODUCCIÓN

- La medición seriada de la altura uterina es una herramienta básica de la matrona para el control y seguimiento del embarazo en Atención Primaria.
- Importancia de seleccionar la técnica, el instrumento de medida, las condiciones en las que se mide y la población a estudiar.
- Es necesario emplear curvas de medición adaptadas a las características de la población.

OBJETIVO

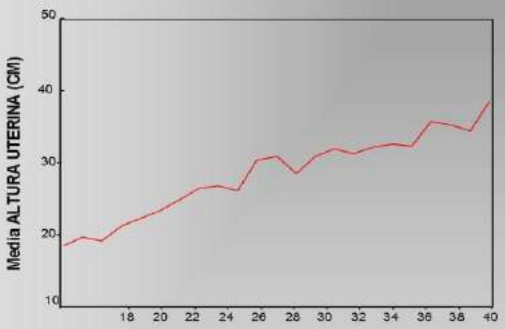
- Elaborar una curva de medición de la altura uterina adaptada a la población local.

MATERIAL Y MÉTODO

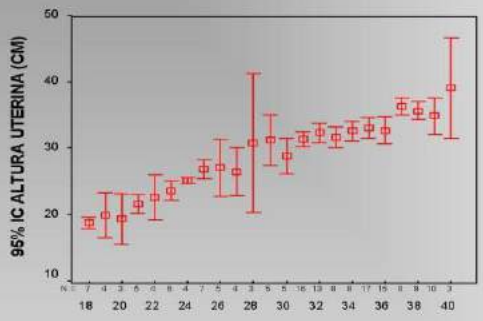
- Estudio observacional transversal realizado en cinco Centros de Salud de la provincia de Alicante entre julio de 2003 y enero de 2004.
- Muestra: 169 gestantes entre 18 y 40 semanas de amenorrea que cumplieron los criterios de inclusión establecidos.
- Consentimiento verbal previo.
- Uso de la misma técnica (basada en González Merlo y Privat Plana), instrumento de medida (cinta métrica) y condiciones de la gestante en todas las mediciones .
- Análisis estadístico con el programa SPSS v.11.0 ($p < 0.05$).

RESULTADOS

- Se elaboró una curva con los valores medios de altura uterina obtenidos en cada semana de gestación y otra con los intervalos de confianza por semana de gestación.



SEMANAS GESTACIÓN – VALORES MEDIOS



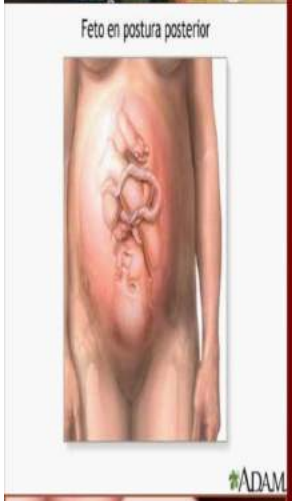
SEMANAS GESTACIÓN – INTERVALOS CONFIANZA

DISCUSIÓN

- Las medias resultantes son ligeramente superiores a las revisadas en la bibliografía.
- Resultados limitados por el tamaño muestral y el diseño del estudio.

Prevención de la malposición fetal durante el trabajo de parto

Autores: Alcántara López, M. del Carmen; Machado Ramírez, Francisca; Martínez García, Encarnación; Mendoza Ariza, Margarita; Linares Hernández, Juan Carlos; Medina Gil, Ana.
Matronas. E. P. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.



Feto en postura posterior

Antecedentes:

La posición fetal en occipito-posterior, generalmente, se asocia a un trabajo de parto más doloroso, prolongado, u obstruido.
Existen técnicas de baja intervención para resolverlas, consiguiendo una rotación de la cabeza y dorso del feto, evitando de esta manera un elevado número de partos instrumentales y de cesáreas.

Objetivos:

El objetivo de esta revisión es evaluar los beneficios de técnicas de baja intervención durante el trabajo de parto cuando la posición fetal es en occipito-posterior.

Método:

Se realizó una revisión bibliográfica y en las bases de datos MEDLINE, CUIDEN y COCHRANE.

Resultados:

Se pueden realizar varias técnicas para que la cabeza fetal se libere dentro de la pelvis materna, y se alinee de la manera correcta, entre las que se incluyen:
Evitar la rotura de membranas: Debido a que lo protegen del sufrimiento fetal secundario a una malposición, y también porque al romper las membranas prematuramente, la cabeza penetra y se encaja en la pelvis materna, siendo más dificultosa su liberación.
Técnicas para rotar al feto: Es de vital importancia que la madre no permanezca en decúbito supino cuando se sospecha malposición, debido a que en esta posición se fuerza el cóccix hacia dentro, disminuyendo así el espacio disponible.
Se puede ampliar el canal del parto, si:

- Se moviliza la cadera de la madre, alternando posiciones.
- Se balancea la madre de lado a lado.
- Posiciones asimétricas para el parto (Posición de Sims…)
- Se hacen cambios de lado bruscos varias veces.
- Se comprimen las crestas ilíacas, ampliándose así el canal.
- Posición de Mc Roberts.

Conclusiones:

En vista de los prometedores efectos a corto plazo de la técnica, y de su sencillez, se justificaría la realización de ensayos adicionales para determinar si promover la realización de estas técnicas, da lugar a resultados significativos, consiguiendo, por tanto, una mayor aceptación por parte de los profesionales.

Empresa Pública Hospital de Poniente
CONSEJERÍA DE SALUD

UN RECORRIDO HISTORICO: EVOLUCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL SIGLO XX

AUTORES: DÍAZ SANCHEZ-HORNEROS N., ROMO JIMÉNEZ L., MARTÍNEZ CASTELLANO A., RODRIGUEZ RODRIGUEZ MªC., DÍAZ CHINCHÓN M.
INSTITUCIÓN: *Unidad Docente de Matronas de C. H. Toledo*

INTRODUCCION:

La **Lactancia Materna** así como los Hospitales Maternales, han pasado por diferentes momentos históricos, a veces drásticos, que han contribuido a un cambio de perspectiva respecto a ambos.
A primeros del siglo XX se produce la pseudo profesionalización de la lactancia y crianza mediante la contratación de las Nodrizas o Amas de cría por instituciones provinciales, locales y familias acomodadas.
También la Emancipación femenina ocasionada tras la Revolución Industrial hace que el papel de madre y esposa de la mujer cambie y que no centren sus vidas solamente en el ejercicio de ese Rol femenino, ya que su función reproductiva las convertía en seres pasivos, inferiores y meros complementos del hombre. A mitad del siglo XX, durante el Baby boom que siguió a la Segunda Guerra Mundial, se desarrollaron las leches de fórmula y la lactancia materna declinó. Por tanto el modelo de Lactancia Materna, reta al modelo consumista y de intereses, que promueven la lactancia artificial. Es un derecho de la mujer trabajadora, por lo cual, precisa cambios sociales y culturales que permitan vivir libremente la experiencia. Las transformaciones que han sufrido Las maternidades u hospitales maternales han estado condicionadas por la visión de las diferentes autoridades sanitarias y actualmente incluyen entre sus competencias el fomento de la Lactancia Materna, en el cual tenemos una labor importante las Matronas.

OBJETIVOS

- Aportar una visión histórica de la evolución de la Lactancia materna en España durante el siglo xx.
- Conocer los principales factores implicados en el tipo de amamantamiento desde la perspectiva sociocultural

Revolución industrial

Mujeres rurales emigran a áreas urbanas

A primeros de siglo Pseudo profesionalización de la lactancia: "Las Nodrizas o Amas de Cría"

Surgen Casas de Maternidad e Instituciones que protegen y Fomentan la Lactancia y Crianza materna.

1900

Movimiento Feminista y el Baby Boom trás 2ªGuerra Mundial hace que decline la Lactancia materna coincidiendo con desarrollo de leches de fórmula.

Henri Nestlé fabrica "farine lactée", mezcla de leche de vaca y cereales

2006

OMS-Código Comercialización sucedáneos leche (1979)

Surgen Grupos Apoyo a la lactancia (Vía Láctea, 1987)

"Diez pasos para una Lactancia Feliz" (1989)

Declaración Inocenti.(1990) IHAN.

CONCLUSIONES:

Durante el siglo XX como en otros siglos anteriores, se confirma que los cambios sociales y las modas son el motor de cambio para muchas situaciones .La lactancia se ve influenciada por diferentes razones tanto económicas como sociales apreciándose en esta revisión histórica los cambios de trayectoria en cuanto al fomento de la lactancia y al punto de vista de la sociedad respecto a la misma.. Ahora el objetivo fundamental, no es promover la lactancia materna, es comprender por qué en nuestra sociedad la lactancia es tan difícil y no puede continuar hasta donde se recomienda.

LA NIÑA TIENE NOVIO
(Versión Resumen de Texto)

ANTECEDENTES

Diversos trabajos de investigación han examinado la actitud de las adolescentes hacia el embarazo, concluyendo que el porcentaje de embarazos deseados por estas, es más alto de lo que se cree, ya que existen conductas ambivalentes o positivas hacia el embarazo temprano.

Pocos estudios han buscado factores asociados al deseo de embarazo, o el **papel de la pareja** en influenciar tales actitudes de las adolescentes.

OBJETIVOS

Detectar como la pareja puede influir en la decisión de la joven adolescente en la búsqueda o no del embarazo.

Predecir factores de riesgo asociados a la pareja, a tener en cuenta para la intervención temprana

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de corte longitudinal retrospectivo basado en una entrevista estructurada y anónima

La muestra consta de **56 embarazadas menores de 17 años** (así como sus parejas).

RESULTADOS

Existe asociación estadísticamente significativa ($p>0.05$) entre el deseo de embarazo por parte de la paciente y de la pareja.

La adolescente comunica a la pareja el embarazo (86%) antes que a los padres (66%).

La pareja estudia en el 4% de los casos y trabaja el 85% y su media de edad es 19,7 (rango de 16 a 28)..

El tiempo medio de relación de pareja es en su mayoría de 6 meses a dos años aunque un 18% lleva menos de 6 meses y un 4% más de tres años. La relación con la pareja es muy buena 33%) o buena en el 57% de los casos.

CONCLUSIONES

Según los datos extraídos de nuestro estudio, la pareja juega un papel decisivo en la determinación de la joven o de ambos en la búsqueda del embarazo.

En la mayoría de los casos este es mayor que la joven, habiendo abandonado los estudios, trabajando en una gran mayoría. Estos y otros factores deberían tenerse en cuenta por los profesionales en contacto con jóvenes para la prevención del embarazo temprano.

www.congresomatronas2007.com

Estudio de las características del parto en menores de 17 años

Marciano

Arrixaca

Antecedentes:

En 2006 la incidencia de embarazos en menores de 17 años en el hospital Virgen de la Arrixaca fué de un 0,82 %. El embarazo en esta población se considera de alto riesgo asociándose a mayor incidencia de hipertensión, escasa ganancia ponderal, anemia, ETS, partos pretérmino y CIR. Con este estudio pretendemos conocer si estos riesgos se relaciona con el tipo de parto y morbilidad fetal.

Objetivos:

- Conocer las características del parto en menores de 17 años en el Hospital Virgen de la Arrixaca durante 2006.
- Determinar si la edad de las gestantes influye en las variables de estudio.

Método:

Resultados:

Conclusiones:

Autoras:

INGESTA DE ALIMENTOS DURANTE EL PARTO-MITOS Y VERDADES.

(Versión Resumen de Texto)

ANTECEDENTES

La mujer durante el trabajo de parto tiene unas necesidades metabólicas similares a las del ejercicio aeróbico moderado. Además el dolor puede aumentar estas necesidades. Podemos calcular que los requerimientos energéticos de una mujer en trabajo de parto oscilan entre 700 y 1100 calorías/hora. Sin embargo, actualmente se mantiene una política restrictiva con respecto a la ingesta oral durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo.

OBJETIVOS

Determinar que necesidades reales tiene la mujer durante el parto en relación con la ingesta de alimentos y cuantos mitos existen entorno a ello.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de estudios descriptivos acerca de la ingesta de alimentos durante el parto.

RESULTADOS

Serán basados en los hallazgos de los mencionados estudios.

CONCLUSIONES

El trabajo de parto se puede asemejar al ejercicio aeróbico, por tanto es comprensible que la mujer de parto necesite un aporte calórico, que no siempre es cubierto por la terapia intravenosa

Una pequeña cantidad de calorías consumidas puede prevenir la cetosis. Las bebidas isotónicas son rápidamente absorbidas y vaciadas, y por lo tanto podrían constituir una alternativa nutricional en el parto.

Psicológicamente la restricción oral en contra de los deseos maternos y la administración de un goteo IV incrementa el estrés sentido por la madre y puede disminuir la eficiencia uterina.

Una dieta ligera durante el parto frena la cetosis, hecho común en el parto La acidosis láctica aparece con la administración de terapia intravenosa.

REANUDAR LA SEXUALIDAD DURANTE EL PUERPERIO

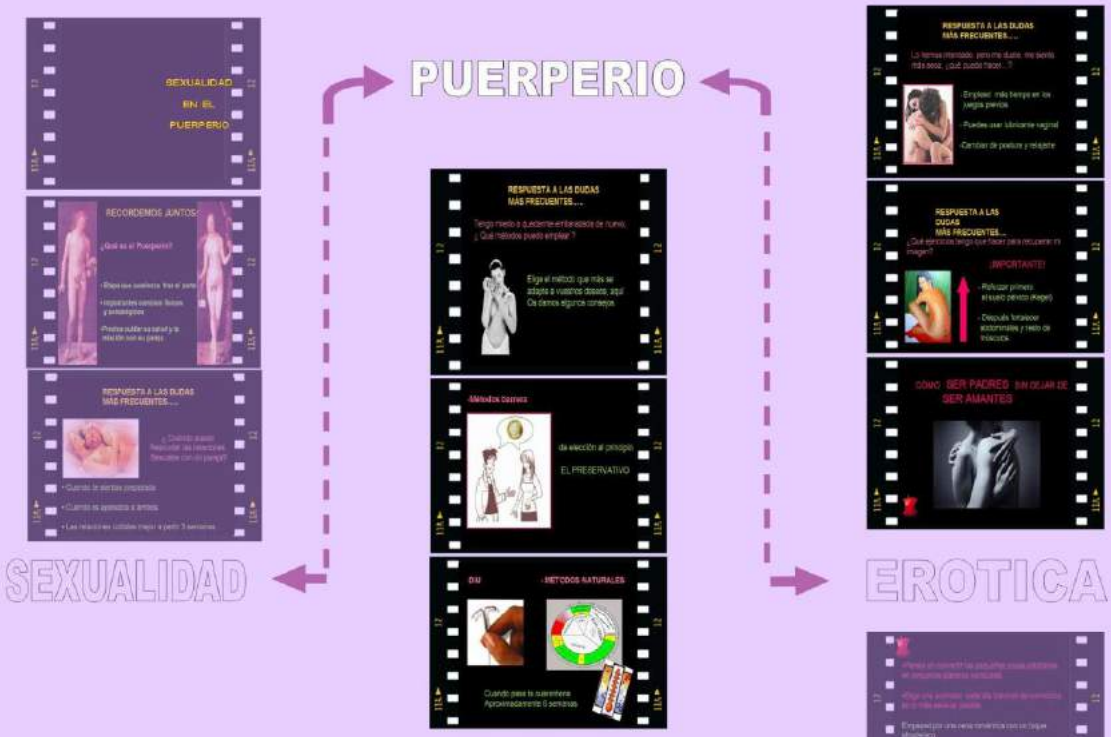
Autores: Lumbreras López Felisa, Rodriguez Rodriguez Mª del Carmen, Rodriguez Rojas, Mª José, Lopez Peña Mª Paz, Duque Teomiro Mª del Carmen.
Unidad Docente: Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

INTRODUCCION

El puerperio es la etapa que comienza inmediatamente tras el parto, en ella la mujer va a experimentar importantes cambios físicos y psicológicos, que pueden repercutir tanto en su salud como en la relación con su pareja, de ahí la importancia de conocerlos y no minimizarlos.
Tradicionalmente, el mandato social de "buena madre", conllevaba que la mujer se situara en un segundo lugar y pospusiera sus necesidades a las del bebé. Esta creencia ha llevado a menudo a la mujer a sentimientos de malestar ante la responsabilidad y las expectativas que se depositaban en ella.
La nueva situación familiar que aparece con el puerperio, va a implicar un reajuste en su organización para alcanzar un nuevo equilibrio, en el que el padre asuma protagonismo como cuidador y responsable de la crianza compartida.

OBJETIVOS

- Informar de los cambios físicos, psicológicos y familiares que van a acontecer en la etapa del puerperio.
- Conocer los cuidados que se requieren específicamente en esta etapa.
- Resaltar la importancia de que ambos miembros de la pareja, compartan la responsabilidad de la nueva situación familiar.
- Recordar que la sexualidad sigue siendo un aspecto importante de la pareja a pesar de los cambios y no hay que descuidarla.



CONCLUSIONES

La **sexualidad** como manifestación de la salud y bienestar de la persona debe ser cuidada e introducida en todas las etapas de la vida. Esta sexualidad toma gran importancia en un momento tan especial como es tras el nacimiento de un hijo. En esta situación tan importante debe intentarse ser vivida de una manera abierta, libre y compartida por la pareja. La **matrona** como profesional que esta al lado de la pareja debe ser la encargada de orientar , asesorar y resolver aquellas dudas o circunstancias que puedan conducir a que la pareja no viva su sexualidad plenamente en una situación tan especial como es el **puerperio**.

ESTE ES SÓLO EL COMIENZO...DE TU NUEVA VIDA SEXUAL
DISFRUTA DE TU SEXUALIDAD

BIBLIOGRAFIA

- Ledo C,A. "Proyecto de un programa de educación sexual para puérperas".Enfermería Integral,2002;61:21-28
- Espinaco Garrido MJ, Román Oliver,J. "la sexualidad en la lactancia".Hygia,1999;12(42):12-16
- Educación maternal: ISDIN.
- "La aventura de ser padres". Comunidad Valenciana.
- Kolodny R, Master W, Johnson E. Tratado de Medicina Sexual. La Habana: Instituto Cubano del Libro, 1985:234, 314-5

MATRONA PRIMERA MITAD SIGLO XX

Autores: García Rabadán I., Gómez Cantarino S., Sukkarieh Noria S., Rodríguez Rojas MJ., Cazorla Vicente A.I. Institución: Unidad Docente de Matronas de C. H. Toledo

INTRODUCCIÓN

La figura de la Matrona en la primera mitad del siglo XX, ha sufrido cambios considerables, determinados por dos factores importantes: El desarrollo en la Formación Académica que junto con la aparición de las primeras Escuelas y Reales Decretos, determinan el cuerpo de conocimientos que debe poseer la Matrona y la Evolución del Marco Legal, con la aparición de la colegiación obligatoria y el desarrollo de Estatutos que amparan la Praxis de la Matrona. La Sociedad Española durante la primera mitad del Siglo XX, estaba sometida a un importante desequilibrio social, como demuestra la existencia de dos figuras que indistintamente atienden el parto: La Matrona, que atiende el parto a la población pudiente y La Partera, que asiste en las áreas sociales más desfavorecidas.

OBJETIVOS

- Aportar una visión histórica de la figura de la Matrona en la primera mitad del Siglo XX.
- Conocer la evolución de la Práctica Asistencial, Marco Legal y Conceptual de nuestra profesión durante la primera mitad del Siglo XX.

FORMACIÓN

EVOLUCIÓN DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA

Reina María Cristina y su hijo Alfonso XIII

Casa de Salud "Santa Cristina"

Título Oficial de Matrona

- Año 1903: La reina María Cristina impulsa la construcción de la "Casa de Salud de Sta. Cristina". Fue inaugurada en el 1924 por su hijo, el rey Alfonso XIII. A partir de 1940 los estudios oficiales para la obtención del título de Matrona, debían cursarse en dicha Institución. Por lo que recibe el nombre de Escuela Oficial de Matronas. En el año 1957 se crea la especialidad de Asistencia Obstétrico-matrona para los ATS.

LEGISLACIÓN

DESARROLLO DEL MARCO LEGAL

- Año 1902: Se autoriza a los practicantes a asistir partos eutócicos.
- Año 1924: R.D.: Al quedar vacante la plaza de matrona titular, un practicante podrá ocuparla interinamente.
- Año 1930: Colegiación obligatoria.
- Año 1947: Se publica una orden que faculta a los practicantes la asistencia de partos normales.
- Año 1954: Se aprueban los Estatutos del Colegio Oficial de ATS y de sus colegios provinciales divididos en tres secciones autónomas: Practicantes, Matronas y Enfermeras.

Revista Especializada

Matronas Colectivo Reivindicativo:

- Aparecen las primeras Revistas Especializadas. En Sevilla nace "La Matrona Hispalense", en Madrid "La Matrona" y en Zaragoza "La Comadrona".
- Surgen obras de carácter sindical: "La Unión Matronal" en Madrid y "La Voz Matronal de Cataluña" en Barcelona.
- Nacen las primeras obras escritas por matronas: "El Parto Sin Dolor", obra de Dª Consuelo Ruiz Velez Frias.

PRÁCTICA

HISTORIA DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

Partera

Asistencia basada en:

"Estar al lado de"

y

"Acompañando"

Matrona

Aparecen las primeras coberturas sociales que protegen la maternidad. En 1931 se establece el Seguro Obligatorio de Enfermedad para la Mujer Trabajadora. En 1942 se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad para las mujeres de obreros y asalariados.

Se premia a la Lactancia Materna

El parto es atendido en la casa de la parturienta, en las maternidades se atiende a prostitutas, solteras y mendigas. La aparición de los primeros subsidios por maternidad contribuye, sobre todo en áreas urbanas, al aumento del control del embarazo.

CONCLUSIONES

- La Matrona ha estado discriminada socialmente por su condición de género.
- Infravalorada por las autoridades sanitarias. Un practicante podía desempeñar el trabajo de matrona amparado por la ley.

Bibliografía

"Piskacek L. Manual de Obstetricia para comadronas. 1.Ed. Esp. Salvat. Barcelona. 1929. "Cuadri Duque, ML: "La ciencia y el Arte de Parteur: antecedentes históricos de la Enfermería maternal". Rol de Enfermería.1985 ; 84-85: 13-16."Gómez Ruiz, M Dolores. Matronas: ¿como ha evolucionado la profesión? Rev ROL Enferm. 1997 nie, XX(221):71-74. " Siles Gonzalez J, Gabaldón Bravo E, Tolero Molino D, Gallardo Frías Y, García Hernández E, Galao Malo R. El estudio biológico en la historia de los cuidados de salud: el caso de las nodrizas (una visión antropológica de la enfermería) Index Enferm (Granada) 1998 primavera verano; VII(20-21):16-23. "Valle Racero JI, García Martínez MJ. Las matronas en la historia. Un estudio del siglo XIX. Rev ROL Enferm. 1994 mar. 187:61-67."Asociación española de matronas: Historia de la Matrona. Evolución histórica. Matronas Hoy. 1993. 3: 44-56.

¿Se practican demasiadas episiotomías en la Comunidad de Madrid?

INTRODUCCIÓN:

En la mayoría de los partos se producirían lesiones del periné, en mayor o menor grado si no se hiciera una buena profilaxis. Esta comprende una correcta protección del periné en el momento de la salida de la cabeza fetal, una buena ayuda a la salida de los hombros y la realización de una episiotomía siempre que se prevea que el desgarro sea inevitable.

Aunque la episiotomía se introdujo sin evidencia científica solida de su efectividad, se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos mas frecuentes en el mundo, ya que literalmente millones de mujeres la experimentan durante el parto.

OBJETIVO MATERIAL Y MÉTODO:

Analizar la practica de la episiotomía, por parte de las matronas de la Comunidad de Madrid. A través de una encuesta anónima mediante cuestionarios realizadas a un total de 119 matronas , de 9 hospitales públicos de la CAM, en el ultimo trimestre del 2005

RESULTADOS

86,5% 5,8% 7,7%

Tabla I. Porcentajes de práctica de episiotomías en primíparas y multíparas en la Comunidad de Madrid

% Matronas	% de episiotomías en Primíparas	% de episiotomías en Multíparas
<30%	8 (6,7%)	61 (51,2%)
30-50%	13 (10,9%)	33 (27,7%)
50-70%	24 (20,1%)	22 (18,4%)
70-90%	40 (33,6%)	3 (2,5%)
>90%	34 (28,5%)	0

n =119

No se evidencia asociación entre las variable: porcentajes de desgarro y frecuencias de episiotomías.

Revisión bibliográfica

1. De la Lastra JD. Desgarros del canal blando del parto. En: Usandizaga JA, de la Fuente P, editores. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Volumen 1, Obstetricia. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2004. p. 540-2.
2. Lede RL, Belizán JM, Carroli G. Is routine use of episiotomy justified? Am J Obstet Gynecol 1996;174:1399-402.
3. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com/abstracts/ES/AB000081-ES.htm
4. Scott JR. Episiotomy and vaginal trauma. Obstet Gynecol Clin North Am 2005;32:307-21.
5. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. JAMA 2005;293:2141-8.
6. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. Birth. 2005;32:219-23.
7. World Health Organization. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. Section 3-Procedures. 2000. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/impac/Procedures/Episiotomy_P71_P75.html
8. Eogan M, Daly L, O'connell P, O'herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? BJOG 2006;113:190-4.
9. Weeks JD, Kozak LJ. Trends in the use of episiotomy in the United States: 1980-1998. Birth 2001;28:152-60.
10. Clemons JL, Towers GD, McClure GB, O'Boyle AL. Decreased anal sphincter lacerations associated with restrictive episiotomy use. Am J Obstet Gynecol 2005;192:1620-5.

CONCLUSIÓN:

La era de la episiotomía de rutina esta llegando gradualmente a su fin, pero es difícil saber cual es el porcentaje ideal de realización de episiotomías. Según los resultados de nuestra encuesta y los datos de la medicina basada en la evidencia la realización de episiotomías en la Comunidad de Madrid se basa actualmente mas en la COSTUMBRE y practica que en las evidencias científicas.

AUTORES:
ROCIO AZORIN LAMELA- Htal. Ppe. De Asturias Alcala de Henares. ROMAN GUIJARRO HUERTA Htal Nº Sº del Prado Talavera de la Reina.M. SOL SAIZ PUENTE Htal. Ppe de Asturias Alcala de Henares. RAQUEL ORTEGA PINEDA Htal Ppe de Asturias Alcala de Henares. JUAN LUIS VALERO ATIENZA Htal La Paz. Madrid

EXPERIENCIA DE UN TALLER DE LACTANCIA MATERNA DURANTE EL 2006

(Versión Resumen de Texto)

ANTECEDENTES

Desde Enero de 2006 decidimos poner en marcha un Taller de Lactancia Materna como herramienta indispensable para promocionar la lactancia natural. En Comunidad Valenciana las cifras de Lactancia Materna se encuentran muy alejadas de las recomendadas por la OMS. Sólo el 67'5% de las mujeres siguen dando el pecho en el primer mes. La intervención de la comunidad, a través de grupos de apoyo ha dado buenos resultados en el apoyo y mantenimiento de la Lactancia Materna.

El Área 01 de Departamento de Castellón engloba a una población bastante dispersa, concentrándose la mayor parte de ésta en la costa, en las poblaciones de Vinaròs y Benicarló, las dos poblaciones en las que se empieza el taller. Hay un único hospital de referencia, el Hospital Comarcal de Vinaròs, que en el año 2006 atendió 836 partos.

Presentamos los resultados, en cuanto a nivel de asistencia, obtenidos durante el 2006

OBJETIVOS

- Apoyar y promocionar la Lactancia Materna.
- Monitorizar la prevalencia de Lactancia Materna en nuestra Área.

METODOLOGÍA

Los talleres se organizan como reuniones abiertas, tanto a madres como a familiares, y tienen carácter semanal. La dinámica del taller es crear un clima de confianza para que las madres puedan expresar sus dudas y sentimientos. En la primera sesión se rellena una ficha de datos, con datos de filiación y acerca del tipo de lactancia.

RESULTADOS

En el transcurso del 2006 han acudido un total de 116 mujeres, que representan el 13'8% del total de partos. En total hemos recibido 557 visitas, a lo largo de las 87 sesiones realizadas. Esto supone una media de 6'4 visitas por sesión. La media de visitas por mujer es de 5,5.

La primera visita que realiza la mujer se produce a los 11,4 días del parto. El 74'3% (94) de las mujeres son primíparas y el 25'7% (24) secundíparas. Las dudas más frecuentes que hemos registrado se refieren al llanto de bebé, la preocupación por el aumento de peso del bebé y dolor del pecho por grietas.

CONCLUSIONES

Aunque satisfechos por la acogida del taller, creemos que tenemos capacidad para atender a un número mayor de mujeres. Por eso, deberíamos emprender acciones distintas hasta las ahora utilizadas, para dar a conocer el taller a un número mayor de madres, como podrían ser radio, televisión y prensa locales.

Se necesitan estrategias comunes con los demás profesionales sanitarios, tanto desde el hospital como desde atención primaria, para intentar que la primera visita de la mujer al taller sea más precoz.

Con el fin de aumentar el seguimiento, necesitamos emprender nuevas actividades dentro del taller, como masaje al bebé, asistencia a charlas sobre lactancia, pase de videos, etc.

EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA AL PARTO DOMICILIARIO Y HOSPITALARIO.

(Versión Resumen de Texto)

INTRODUCCION

Queremos hacer un poco de historia poniendo en conocimiento de las matronas cómo la asistencia al parto, tanto en casa como en el hospital ha ido pasando por distintas etapas (parto natural, parto analgésico, parto con preparación psicoprofiláctica, parto con epidural y vuelta al parto natural) desde 1958 hasta nuestros días.

MATERIAL Y METODO

- ✓ Revisión bibliográfica y personal de la evolución de la asistencia al parto desde 1958 hasta 2006.
- ✓ Como la matrona ha ido adaptando su forma de trabajar en las distintas décadas referidas .
- ✓ Experiencia de una matrona en su vida profesional en el hospital y en el domicilio.

RESULTADOS

Hemos constatado que la mujer, a medida que puede elegir el tipo de parto que desea y con quien compartir este momento tan íntimo aumenta su grado de satisfacción

CONCLUSIONES

1- Debemos luchar y mantener el parto natural, tanto desde el medio hospitalario como desde el domiciliario.
2- La MATRONA antes ,ahora y siempre es el pilar o punto de apoyo más importante de la mujer y su pareja en el momento del parto.
3- Debemos apoyar el parto natural ,pero sin olvidar que el protagonista es la mujer y su pareja ,y es ella la que escoge cómo parir a su hijo.

Lanzarote islascanarias 6,7,8 y 9 de junio de 2007
Asociación Canaria de Matronas
ayudando a la Vida
XII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas
XIIcongresoNacional deMatronas Lanzarote2007
www.congresomatronas2007.com

ANÁLISIS/REFLEXIÓN SOBRE LA IDONEIDAD DE LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS EN LA ATENCIÓN ASISTENCIAL OBSTÉTRICA HACIA DISTINTOS COLECTIVOS DE INMIGRANTES.

(Versión Resumen de Texto)

ANTECEDENTES

Se basa en los datos procedentes de la intervención sanitaria obstétrica del año 2006 en nuestro hospital sito en el distrito Macarena de Sevilla (uno de los barrios con mayor flujo inmigratorio). Se plantea, desde la práctica de atención de Enfermería, una reflexión sobre el impacto de los protocolos de actuación en las embarazadas que pertenecen a colectivos étnicos culturalmente diferenciados. Desde la constatación de la creciente diversidad cultural de la población atendida, se plantea la necesidad de atender a las particularidades culturales de las embarazadas para favorecer su integración en condiciones de igualdad, desde el punto de vista psico-emocional y afectivo, favoreciendo la participación de estas mujeres y sus redes parentales y afectivas en el cuidado y atención de la madre y el neonato.

Se hace necesario una adaptación en cuanto a los Cuidados de Salud, atendiendo a las particularidades culturales de estas gestantes que parten de otra forma de autopercepción, desde su construcción de género respecto a la maternidad, los cuidados y la salud de su embarazo, su parto y puerperio.

OBJETIVOS

-Conocer e identificar los grupos étnicos de las inmigrantes que acuden al Servicio de Obstetricia
-Identificar la naturaleza profunda de la realidad existente en nuestro hospital referente a las interacciones de los sanitarios con estos colectivos
-Adaptar los protocolos existentes a dichas particularidades culturales

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo dinámico y flexible, se orienta a captar, analizar e interpretar los aspectos significativos y diferenciales de las conductas e interacción de las gestantes de nuestro estudio

Observación participante (categoriales y sistemáticas) y entrevistas semiestructuradas..
Participantes: 166 gestantes procedentes principalmente de Nigeria, Marruecos, Colombia

RESULTADOS

Nuestro Servicio se ha transformado en un reflejo más de las relaciones interculturales existentes, con una interacción establecida entre dos modos de relaciones: el colectivo hegemónico conformado por el personal sanitario y los inmigrantes.

En la relación matrona-paciente se observan distintos modos de interpretación, por un lado, el punto de visto de las relaciones formales desde las matronas hacia las gestantes y, por otro, la reconstrucción de relación bifocal, en el que no actúa como sujeto pasivo sino estableciendo unas nuevas pautas según su cultura de origen que imprimen una serie de improvisaciones en cuanto al protocolo establecido

Se constata en las gestantes magrebíes una distinta construcción cultural del cuerpo (resistencias a mostrar determinadas zonas de su cuerpo).

CONCLUSIONES

Diseñar actividades de garantía de calidad que incluyan las perspectivas (adaptación cultural bidireccional) de los inmigrantes, sus juicios y preocupaciones
- Elaborar estrategias de apoyo/ayuda para dicha adaptación
- Adquisición de habilidades para el asesoramiento, la intervención y la mediación cultural

Institut Català de la Salut

Servei d'Atenció Primària Tarragona Valls

PERFIL DE LA USUARIA DE CONTRACEPCIÓN DE EMERGENCIA

Checa Salcedo A (1), Piñol Ortiz L (1), Zazpe Perez de Ziriza E (1), Bru Serra E (2), Aguilar Bartolomé I (2)
(1) Matrona residente. Programa de atención a la salud sexual y reproductiva (PASSIR) Tarragonès. Hospital Joan XXIII Tarragona, Instituto Catalán de la Salud
(2) Matrona. PASSIR Tarragonès. ICS.

INTRODUCCIÓN

Debido al gran aumento de la demanda de contracepción de emergencia (CE) en nuestro centro hemos considerado conveniente conocer el perfil de la usuaria que la solicitó durante el año 2006.
En nuestra área ha habido un incremento del 267% con respecto al año anterior.
Estos datos nos han llevado a plantear la necesidad de averiguar los motivos por los cuales ha aumentado esta demanda. Este estudio nos ayudará a conocer esta realidad y poder así dirigir nuestras actividades de una forma más eficaz

OBJETIVOS

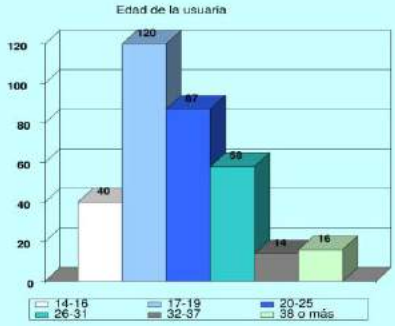
General: Conocer el perfil de la usuaria que solicita la CE

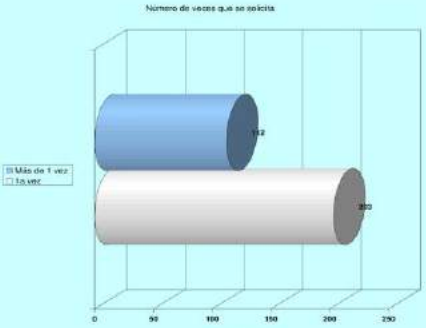
Específicos:
- Conocer los motivos de la demanda de CE
- Averiguar la edad de mayor incidencia
- Saber la frecuencia de uso y temporalidad
- Descubrir el nivel de estudios
- Prevenir los riesgos de ITS/embarazo no deseado
- Disminuir la demanda de CE, reforzando el uso de métodos anticonceptivos adecuados

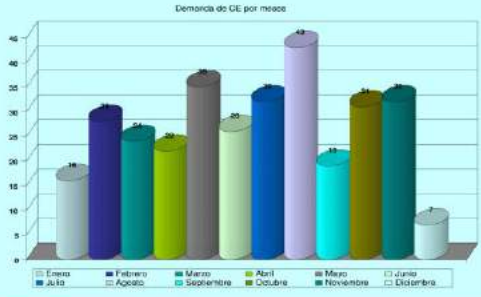
METODOLOGÍA

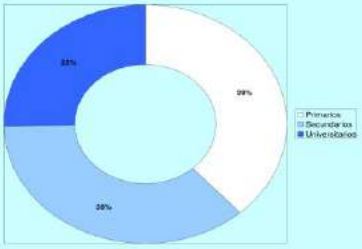
Estudio descriptivo con carácter transversal de todas las usuarias que solicitaron la CE en nuestro centro durante el año 2006 (n=318)
Se recogen las siguientes variables: edad, motivo de la demanda, nivel de estudios, frecuencia de uso y demanda por meses

RESULTADOS









CONCLUSIONES

Tras finalizar el estudio hemos podido observar que el perfil de la usuaria de CE es el de una mujer con una edad comprendida entre 17-19 años, siguiéndole con poca diferencia la franja de 20-25,con un nivel de estudios medio y que la solicita por primera vez. El motivo de consulta más frecuente es la rotura de preservativo y principalmente durante los meses de verano.
Por lo tanto, deberíamos ofrecer más educación sanitaria en torno a la correcta utilización del preservativo, en la etapa final de la educación primaria y reforzarla en la secundaria; así como concienciar a los jóvenes de los posibles riesgos derivados

FUENTE

Datos obtenidos de los registros de demanda de CE del PASSIR Tarragonès

INVESTIGACIÓN EN LA UNIDAD DOCENTE DE MATRONAS DE TOLEDO.

Sukkarieh Noria S., Duque Teomiro M.C., Gómez Cantarino S., Rodríguez Rodríguez M.C., Martínez Castellano A.

INTRODUCCIÓN

•El proceso investigador es el **eje de desarrollo de una profesión.**
•**La Enfermería Especializada en Obstetricia y Ginecología** dispone de un campo específico de conocimientos y por ello, de un área propia de investigación: estudio de las necesidades de salud de la mujer, para aplicar los cuidados más adecuados en una situación determinada.

•Práctica basada en la evidencia.
"uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual disponible para la toma de decisiones sobre el cuidado de pacientes"

OBJETIVOS

•Describir la aportación en investigación que la UDMT hace a la formación en Enfermería especializada en Obstetricia y Ginecología.
•Analizar el perfil de los EIR de la UDMT y su trayectoria en investigación.

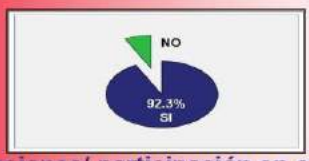
MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo observacional transversal.
UDM Toledo, 2006.
Muestra: 26 EIR.
Cuestionarios de preguntas abiertas/cerradas.
Análisis estadístico: SPSS 14.0.

RESULTADOS

•Participación 87%.
•Importancia de la investigación.

•Interés por conocer los medios para hacer investigación.

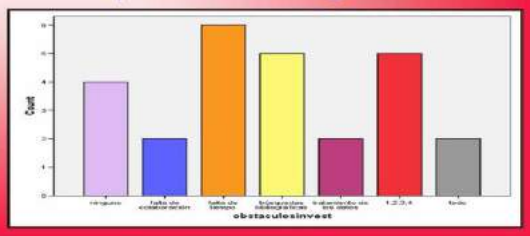


•Publicaciones/ participación en congresos antes del acceso en UDMT.

•UDM Toledo, plataforma ideal para conocer la investigación.

•intervenciones en congresos/ publicaciones en periodo formativo.

•Investigación como actividad compleja: 92.3%
•Dificultades para hacer investigación.



CONCLUSIONES

•Gran motivación para realizar investigación.
•Aumento de la producción científica en el periodo formativo.
•Dificultades para llevar a cabo la investigación.

DISCUSIÓN

Cambio de filosofía de la profesión hacia una **PBE**: *búsqueda de la excelencia en el ejercicio diario, proporcionando a la mujer los mejores cuidados y la mayor calidad asistencial que otorgue nuestro cuerpo de conocimientos enriquecido con el método científico.*

BIBLIOGRAFÍA: 1. A. Martín Zurro, J.F. Cano Pérez, Editores. Atención Primaria. Concepto, organización y práctica clínica: Investigación en Atención Primaria. Edit: elsevier.2003. 2. Producción científica de los profesionales de enfermería. Rev Enfermería clínica 2004; 14(5):257-62 . 3. Identificación de prioridades de investigación en enfermería en España. Rev Enfermería Clínica, vol 10 num 1. 4. Preparación de un proyecto de investigación. Rev Enfermería y Ciencia IX(2):23:28,2003. 5. Fuentes de información en Enfermería. Investen-ISCCI. Enfermerían° 12. Sept 2004. 6. Lectura crítica de la literatura científica. Rev Enfermería Clínica 2003; 13 (1):32:40.

¿ES FACTIBLE LA MONITORIZACIÓN INTERMITENTE EN UN PARTO DE BAJO RIESGO?

(Versión Resumen de Texto)

INTRODUCCIÓN

La monitorización cardiaca fetal intraparto se realiza mediante la cardiotocografia, y nos informa de las variaciones de la frecuencia cardiaca fetal en relación con la dinámica uterina, esto nos va a informar del bienestar fetal durante el parto y nos indica la sospecha de hipoxia fetal. La monitorización cardiaca fetal se puede realizar de forma continua ya se interna o externa o de forma intermitente con Doppler manual o estetoscopio de Pinard. La OMS recomienda la utilización de la monitorización intermitente en partos de bajo riesgo.

OBJETIVO

Determinar qué tipo de monitorización cardiaca fetal es la más idónea para el control del bienestar fetal en el parto de bajo riesgo.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en bases de datos CUIDEN, COCHRANE Library, y documentos de la OMS y SEGO.

DISCUSIÓN

La monitorización fetal intermitente ha sido sustituida por la monitorización continua para intentar disminuir la morbi-mortalidad fetal, y reconocer la aparición de hipoxia fetal. En la los estudios analizados en la revisión no se han encontrado diferencias en la incidencia de muertes perinatales, sin embargo si existe un aumento de la tasa de cesáreas y de partos instrumentales cuando se utiliza la monitorización cardiotocográfica continua durante el trabajo de parto.

Otro aspecto que se analiza en estos estudios es el impacto de la monitorización continúa en la parálisis cerebral, y no parece que exista un influencia significativamente importante en el descenso de casos de parálisis cerebral.

El trabajo de parto con RCTG continúo es más doloroso comparándolo con la monitorización intermitente, debido a la inmovilización de la gestante en decúbito supino, mientras que con la monitorización intermitente permite a la gestante ponerse en la posición más cómoda. Con el RCTG continúo obtenemos un trazado de la FCF y de la dinámica uterina que adjuntaremos a la historia de la gestante.

La OMS recomienda para el cuidado del parto de bajo riesgo realizar monitorización en periodos ventana cada 15 minutos y permitir a la gestante cambiar de posición, y adoptar posiciones verticales durante el proceso del parto.

CONCLUSIONES

La monitorización fetal intermitente es una opción válida para el control del bienestar fetal, durante el periodo de dilatación. NO obstante somos conscientes de las reticencias que este tipo de control puede suscitar tanto a nivel profesional como por parte de las parturientas. Seria necesario crear un clima favorable donde fueran asumidas las recomendaciones de la OMS para el parto de bajo riesgo. Los profesionales debemos de informar a la gestante como influye la RCTG continúa y la intermitente en el control del trabajo de parto, tanto en el aumento de cesáreas y partos instrumentales y sus repercusiones, además de ser más receptivos a los hallazgos que la medicina basada en la evidencia nos proporciona. Por último, el parto con monitorización intermitente requiere de atención individualizada y puede ser un obstáculo para su puesta en marcha.

Papel de la matrona en el control de la pulsioximetría fetal intraparto en el Hospital de la Ribera.

López I, Martínez M, Cervera J. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de la Ribera. Valencia

Introducción. En diferentes estudios se ha objetivado la utilidad de la pulsioximetría fetal intraparto (PFI).Proporciona información directa y continua sobre oxigenación fetal en tiempo real, basándose en la medición de la hemoglobina transportada por los eritrocitos (SaO2) siendo, además, un método no cruento y de fácil uso.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN:

1.Valorar los casos en los que esta indicada la pulsioximetría fetal intraparto:

-RCTG anormales o patológicos con mayor posibilidad de hipoxia fetal (Fig 1).

-Casos de infección vertical descendente (HIV, Hep.B,C.) donde está contraindicada la monitorización fetal interna y el pH fetal.

-Fetos con arritmia en los que es imposible el RCTG.

2.Conocer las contraindicaciones:

-Placenta previa, DPPNI, hemorragia vaginal, anomalías uterinas o infección intrauterina o vaginal.

3.Aviso al ginecólogo y preparación del material (fig.2)**:**

-sensor de oxigeno fetal.

-monitor HP viridia 50XMO o Oxford FM 800.

-cable de conexión.

4.Conocer la técnica correcta de colocación del sensor:

-Tras rotura membranas y con dilatación mayor a 2 cm.

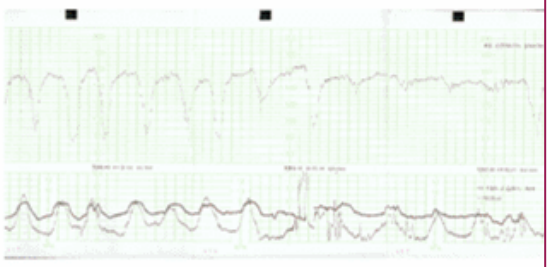
-Identificar la sutura sagital y se introduce el sensor colocando el extremo en el punto medio de la misma desplazándolo hasta el pómulo (fig.3).

-Retirarlo lentamente hasta identificar en el monitor un adecuado registro.

-Retirar el estilete, sujetando la cámara y tras 2-3' evaluar la calidad de la señal.

5.Valorar los parámetros de normalidad-hipoxia de SpO2 fetal (Fig. 4)**.**

6.Registro y evaluación de resultados.



PARTO VAGINAL: mujer de 3500g, 9/10, pHart 7.27, BE -3

Fig. 1

Fig.2

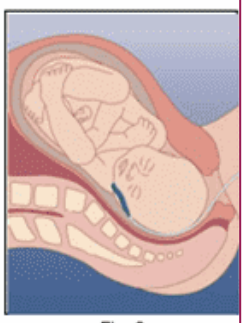


Fig. 3

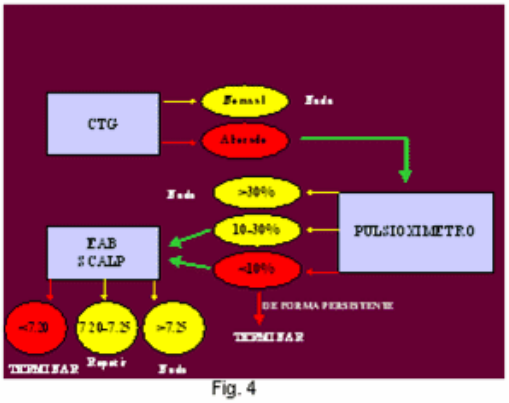


Fig. 4

Monitorización pulsioxímetro

CONCLUSIONES

1.El uso de la pulsioximetría fetal aumenta la especificidad en el diagnostico de riesgo de pérdida de bienestar fetal intraparto, mejorando así los resultados perinatales.

2. La matrona debe saber controlar el pulsioxímetro así como valorar los parámetros que indican ausencia o presencia de hipoxia fetal intraparto.

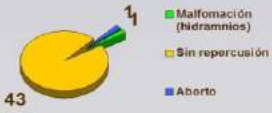
INCIDENCIA DE DIABETES GESTACIONAL EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE LOJA (GRANADA)

Resultados:

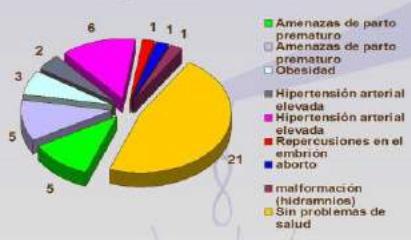
Proporción Diabetes Gestacional

Tratamiento en las Gestantes Diabéticas

Repercusiones en el embrión



Problemas de salud en el curso de las gestantes diabéticas



Repercusiones en el feto

Repercusiones en el neonato

Introducción:

Los estudios epidemiológicos sobre diabetes estiman que aproximadamente un 6% de la población (una de cada 17 personas) tiene diabetes tipo 2 y un 0,2% a 0,5% diabetes tipo 1 (una de cada 200)
Si hablamos de diabetes gestacional , esta incide en un 3-5% de las embarazadas.
La diabetes del embarazo es la alteración del metabolismo de los hidratos de carbono de severidad variable que aparece ó se reconoce por primera vez durante la actual gestación; no suele tener síntomas ni signos propios , manifestándose exclusivamente a través de complicaciones.
Al ser una patología altamente prevalente y compleja que constituye un problema de salud , requiere un abordaje específico por parte de la matrona que controla el proceso de embarazo, parto y puerperio, debiendo realizarse su despistaje en todas las embarazadas. Un diagnostico a tiempo facilita el tratamiento y permite controlar mejor esta enfermedad.
Nos interesaba conocer la incidencia de esta patología dentro de nuestra población así como determinar los tratamientos que les fueron instaurados y los resultados obstétricos que tuvieron estas mujeres.

Material y método:

A través del Programa informático Diraya (Historia clínica de salud Digital) implantado en nuestra zona, obtuvimos el número total de embarazadas que fueron atendidas en nuestras consultas de control de embarazo durante el año 2006
Separamos a aquellas que presentaron un riesgo elevado de padecer diabetes y aun no habían cumplido la semana 24 de embarazo de las que se cribaron con factor de riesgo en la semana 24-28 de gestación tal como está establecido y protocolizado en el proceso de embarazo, parto y puerperio instaurado en Andalucía.
Extrajimos el número total de gestantes que presentaron Diagnostico "Diabetes Gestacional" y controlamos los dos grupos: el de aquellas a las que se les instauro dieta y el de las que siguieron tratamiento con insulina.
Finalmente detectamos las complicaciones posparto de esta población tanto en la madre como en el recién nacido.

Conclusiones.

El objetivo de instaurar un tratamiento rápido y eficaz en la diabetes gestacional tiene como fin evitar que se produzcan descompensaciones metabólicas en la gestante, que se presenten las complicaciones obstétricas propias de la diabetes y evitar las repercusiones en el embrión, en el feto y en el neonato
El principal beneficiario del tratamiento es el feto del mismo modo que es el principal afectado por la enfermedad.

JUNTA DE ANDALUCIA
Consejería de Salud
Servicio Andaluz de Salud
Distrito Sanitario Metropolitano de Granada

Bibliografía

Autores:
García García, Mª Llanos, (Granada)
López-Sáez y Lopez de Teruel, Mª Asunción (Granada)
Tirado Pedregosa, Gerardo (Granada)
Arbol Fernández, Gema (Granada)
Sánchez Ruiz, Máximo Juan (Granada)

3 años caminando con un programa ¿QUÉ HEMOS CONSEGUIDO?

Juárez E
López S

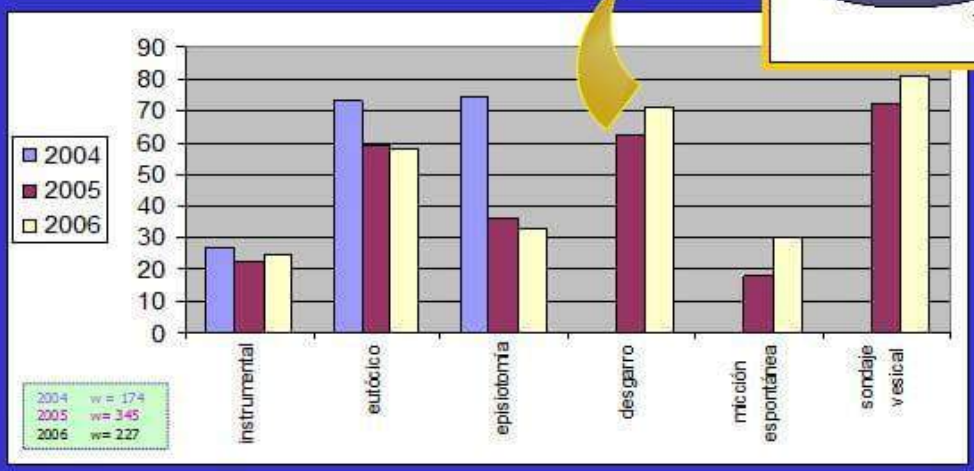
INTRODUCCIÓN: *La práctica sistemática de la episiotomía y otros pro[illegible] suelo pélvico, eran asumidos como prácticas habituales en la rutina de la asi[illegible] morbilidad existente nos dió la voz de alarma y a partir de ese momento dise[illegible] actuación, del que ahora valoramos sus resultados.*

OBJETIVOS:

1.- Preservar la integridad del suelo pélvico.
2.- Comprobar la utilidad del programa de protección de suelo pélvico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un estudio retrospectivo observacional (2004-2006), seleccionando al azar 746 historias de parturientas con walking epidural. Variables estudiadas: *tipo de parto, micción espontánea durante la dilatación, número de sondajes vesicales, episiotomía, desgarros* y grado de los mismos.

RESULTADOS:



Ordoñez J
Lanza MC
Ferrer E.

CONCLUSIONES:

1.- Con la disminución de técnicas sistemáticas agresivas para el suelo pélvico (episiotomías, sondajes vesicales...), se previenen problemas como incontinencias o dispareunias, aumentando la salud bio-psico-social de la mujer.
2.- Los resultados presentados demuestran la eficacia del programa de protección de suelo pélvico.
3.- El papel de la matrona es relevante para la consecución de los objetivos establecidos (equipo multidisciplinar).
4.- Otra vez mas, observamos la importancia de desarrollar proyectos de investigación que nos permitan pasar del empirismo a la evidencia.

HOSPITAL DE BASURTO

XII congreso Nacional de Matronas
Lanzarote 2007

Vall d'Hebron Hospital

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PUERPERIO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Molina M, García Ibáñez S, García Chavero M, Ramos M
Sala de Partos. Área Maternoinfantil. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona.

Introducción

El aumento de partos en los últimos a ños y la escasez de matronas han provocado una sobrecarga de trabajo en las unidades de hospitalización obst étrica donde esta carga de trabajo supone a menudo un abandono de la educación sanitaria versus los cuidados m édicos de la madre y el reci én nacido. Esta educaci ón sanitaria adem ás de escasa es a menudo confusa y poco consensuada entre los profesionales que atienden a la mujer.

Ya que el postparto inmediato es un periodo de alta receptividad por parte de la mujer (1) se debe prestar una atenci ón muy concreta en ciertos aspectos de educaci ón sanitaria para que la pu érpera sea capaz de cubrir sus necesidades tanto físicas como emocionales y llegue al domicilio m ás segura e independiente. Para ello el papel de la matrona es fundamental en las unidade s de hospitalización, como profesional mejor cualificado y última responsable de todo este proceso educativo.

Objetivos

•Potenciar la autonom ía de la mujer en su autocuidado y en el cuidado de su hijo durante el primer mes.
•Disminuir la tasa de abandono de la lactancia materna en las 4 semanas postparto.
•Disminuir la ansiedad de la mujer al alta.

Resultados

SESIÓN 1: CUIDADOS

Para la madre
La mujer y su pareja:
- conocerán la evolución normal del puerperio en cuanto a duración e involución cambios fisiológicos de la gestación y adaptación psicosocial al alta.
- conocerán el momento adecuado para reincorporar AVD (inicio relaciones sexuales, actividad física, vuelta al trabajo…) al alta.
- reconocerán posibles signos de alarma y circuitos socio-sanitarios a seguir tras el alta.
- identificarán mitos / conceptos erróneos al alta.

La mujer realizará su autocuidado con destreza al alta.

Para el recién nacido
La mujer y su pareja:
- Manejarán correctamente las atenciones del recién nacido al alta.
- Reconocerán signos de alarma posibles en el recién nacido al alta.
- Conocerán los circuitos socio-sanitarios disponibles y su uso tras el alta hospitalaria.
- Identificarán mitos / conceptos erróneos en torno a los cuidados de un recién nacido al alta.

SESIÓN 2: LACTANCIA

Los padres:
- conocerán ventajas / desventajas de la lactancia materna, de f órmula y mixta y elegir án, de forma autónoma y libre, el tipo de lactancia que desean, favoreciendo la lactancia materna al alta.
- conocerán la t écnica y distintas posiciones para lactancia tras la sesión.
- conocerán el modo de preparaci ón y administraci ón de lactancia de fórmula tras la sesión.
- conocerán la conservaci ón de la leche materna y de fórmula tras la sesión.
- identificarán mitos / conceptos err óneos durante la sesión.
- conocerán los distintos grupos de apoyo a la lactancia materna y recursos disponibles para solucionar posibles complicaciones al alta.

La madre demostrar á una t écnica correcta de lactancia durante la sesión.

Método

A partir de la bibliograf ía consultada y la demanda expresa de las usuarias(2) se ha diseñado, y consensuado en contenidos, un programa educativo compuesto por los siguientes apartados:
-Cuidados maternos.
-Cuidados del R. N.
-Lactancia

Material y estructura

La actividad educativa se llevar á a cabo mediante dos sesiones diarias de dos horas de duraci ón cada una. Éstas sesiones ser án dirigidas por una matrona que realizará una sesión expositiva con soporte audiovisual y completará la adquisición de conocimientos y habilidades por parte de la mujer y pareja con técnicas de grupo y/o entrenamiento según sesión. Además se facilitar á un folleto explicativo sobre el contenido trabajado durante la misma.

Proponemos la organizaci ón de los contenidos del siguiente modo:

- SESIÓN 1
  - Cuidados del reci
  - Cuidados maternos
  - Lactancia

Y el siguiente cronograma:

	Lunes	Martes	Mierc.	Jueves	Viernes	Sábado
10,30-12,30	SES.1	SES.1	SES.1	SES.1	SES.1	SES.1
15,30-17,30	SES.2	SES.2	SES.2	SES.2	SES.2	SES.2

Evaluación y Conclusiones

Para la evaluaci ón del programa proponemos la aplicación de una encuesta de satisfacci ón de los usuarios tras cada sesi ón y una encuesta telef ónica a las cuatro semanas del alta. Además existir á un seguimiento de las usuarias desde el centro de salud.

Para concluir, sabemos que despu és del parto, comienza una etapa vital crítica para la mujer y la pareja. Toda la bibliograf ía consultada coincide en la necesidad de ofrecer una informaci ón más completa y consensuada que les permita a ambos conseguir una mejor adaptación. Aunque existen algunas propuestas, hay ausencia de experiencias previas en la aplicaci ón de programas de educaci ón maternal durante la hospitalizaci ón (3), justificando así la importancia de llevarlos a cabo como mejor instrumento para favorecer la sal ud, mejorar el bienestar familiar y dar herramientas a la mujer para resolver problemas / dudas inherentes a esta nueva etapa.

Bibliografía

(1) Rojo Pascual MC, Ferrer Pascual MA, Ruiz Gómez MC, Pablos Barnedilla JL, Cortezón Tobar S. Puerperio hospitalario. Propuesta de un programa de educación sanitaria. Metas. Nov.2002 (50): 13-18.

(2) Escuriet Peiró R., Martínez Figueroa, L. Problemas de salud y motivos de preocupación percibidos por las puérperas antes del alta hospitalaria. Matronas prof. Marzo 2004; 5(15): 30-35.

(3) M.A. Ponce. 25 conocimientos de las puérperas sobre autocuidados y cuidados del RN en el momento del alta hospitalaria. Matronas Prof. 2005; 6(3):14-19

LACTANCIA: FENOMENO BIO-CULTURAL.

AUTORES: Cazorla Vicente Ana Isabel, Duque Tejonero Mª del Carmen, Rubio Salinero Mª Teresa, Reno Jiménez Lucio, Lumbreras López Felisa
Unidad Docente: Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

ESPAÑA

*Fue una constante hasta los años 70. Más tarde influyen negativamente:
FACTORES CULTURALES Y SOCIOECONÓMICOS
*Avance de alimentación artificial.
*Incorporación de la mujer al mercado laboral.
*Parto hospitalario.
*El informe mundial sobre el estado de la infancia, UNICEF 2004 señala incidencia y prevalencia muy por debajo de las recomendaciones.
*Los datos que existen en España son a nivel local, no hay seguimiento oficial.
*Algunos de estos datos indican:
*LM a las 6 semanas del 78´6%
*LM a los 6 meses del 44´9%

EUROPA DEL NORTE

*Claro ejemplo de apoyo a la lactancia tanto en leyes como en servicios sociales.
*Hasta los 6 meses 85-90%.

SUECIA

*Las madres disponen de un permiso retribuido por maternidad de un año.

*Fenómeno bio-cultual.
*Cada grupo humano tiene un sistema de valores.
*Estos valores influyen en el amamantamiento.

PAISES ÁRABES

*El Corán, texto sagrado, da importancia a la lactancia materna:
*Las mujeres deben amamantar durante 2años.
*Se les dispensa del Ramadán.

CHINA

*Es el país del mundo a la cabeza en duración de la lactancia.
*El calostro es considerado "viejo".
*Los primeros días el bebé es alimentado con té y agua azucarada.

EUROPA DEL ESTE

*30% la mantiene en 2-3 meses.
*La boca del bebé y el pezón se desinfectan después de cada toma.
*Es común la alimentación complementaria por la creencia de leche insuficiente.
*Como las leches de sustitución son caras, se introducen alimentos sólidos desde muy pronto.

SUDAMERICA

*La madre debe someterse a la cuarentena. Reposo.
*Se consumen más los alimentos que "favorecen la lactancia":
*Quesos blancos, huevos, cacaos...
*Los alimentos calientes
*El calostro es percibido como alimento "sucio".
*En medio urbano 2/3 de las mujeres abandonan antes.

ECUADOR

*Los indígenas amamantan 1-2 años.
*En las clases medias o altas cada vez menos.
*Promedio de 6 meses. Frecuente la lactancia mixta.
*Se acepta el "colecho" mejor que en Europa.

PARAGUAY

*Los bebés Aches, de Paraguay, pasan 93% del día y 100% de la noche con la madre.
*Hasta cumplir los 3 años no se alejan mucho.
*La lactancia se mantiene unos 2 años, hasta el siguiente embarazo:
Lactancia = método anticonceptivo.

AFRICA

*Ya no es exclusiva por los programas de distribución de leche.

SOMALIA

*Se rechaza el calostro.
*Se cumple cuarentena: Mujer en casa, con alimentación que favorece la lactancia:
Alimentos ricos en grasas.
*Larga duración pero de carácter mixto.
*Se introducen alimentos sólidos y líquidos de forma temprana.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA
·Bases de datos de Ciencias de la Salud.
·Asociaciones profesionales.
·ONG.

La pelota de partos en paritorio

Hospital Punta de Europa

Unidad de partos

Introducción:

La pelota de partos es un instrumento fácilmente en gomas de -tacto, de fácil limpieza y relativamente barato, disponible en diferentes diámetros, adaptándose así a la altura individual de cada mujer.

Permite a la gestante adoptar distintas posturas o posiciones que favorecen en los periodos de dilatación y expulsivo el trabajo de parto, en cooperación con la posición supina o litotomía que es habitualmente la más usada en los hospitales de España. Según diferentes estudios sistemáticos revisados, estas posiciones están asociadas a :

-Disminución de la duración del periodo de dilatación.

-Disminución de la sensación de dolor referida por la gestante.

Periodo de Dilatación

POSICIÓN SENTADA

MOVIMIENTO DE ANTEVERSION

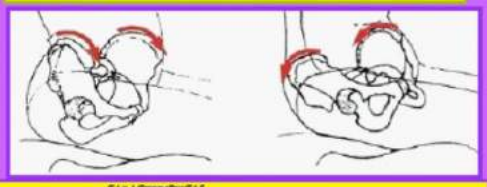
Sentada la gestante ,se adelanta y baja)

ARTICULACIÓN CÓXOFEMORAL FLEXIONADA 90º

MOVIMIENTO DE RETROVERSION

(Acostada la gestante ,se baja hacia atrás y un poco hacia arriba)

EL PUNTO DE REFERENCIA PARA INDICAR EL SENTIDO DEL MOVIMIENTO ES LA ESPINA ILIACA ANTERO-SUPERIOR



POSICION CUADRUPEDICA

ARTICULACIÓN CÓXOFEMORAL EN FLEXIÓN

ARTICULACIÓN CÓXOFEMORAL EN SEMIEXTENSIÓN

CARACTERÍSTICAS

- Permite a la pelvis adoptar las posiciones de :
  - Ante-versión.
  - Retro-versión.
  - Nutación.
  - Contranutación.
- Con el tronco inclinado hacia delante favorece la rotación de la presentación fetal y ayuda a aliviar los dolores de espalda.
- Disminución de la sensación de dolor referida por la gestante.

CARACTERISTICAS

*Favorece el efecto positivo de la gravedad.

*Permite a la pelvis adoptar las posiciones de:

*Anteversión

*Contranutación

*Produce una ampliación del estrecho superior de la pelvis. (a) del estrecho inferior disminuye.

*Favorece el encajamiento de la presentación fetal.

CARACTERISTICAS

*Favorece el efecto positivo de la gravedad.

*Permite a la pelvis las posiciones de:

*Retroversión

*Nutación

*Produce una ampliación del estrecho inferior de la pelvis que favorece el encajamiento de la presentación fetal en II plano de Hodge.

POSICION SENTADA

POSICION EN LUNAJAS

MOVIMIENTO DE CONTRAPUTACION

*A nivel del sacro:

-Sobresale el sacro ánteriormente y asciende el cóccix.

*A nivel de los huesos ilíacos :

-Los dos ilíacos se separan simultáneamente. Los trocánteres se aproximan.

MOVIMIENTO DE NUTACION

A nivel del sacro:

*El cóccix retrocede simultáneamente y el sacro avanza.

A nivel de huesos ilíacos:

*Los trocánteres se separan simultáneamente y los dos ilíacos se aproximan.

Periodo Expulsivo

ZONA LUMBAR APOYADA SOBRE LA PELOTA

. Se acompañante le ayuda tirando de los brazos hacia arriba.

.La pelvis se encuentra en retroversión y el sacro en nutación con el consiguiente ascenso del estrecho inferior.

APOYO SOBRE LA PELOTA

Codos hacia fuera.

.Rotación interna de caderas para separar las espinas ciáticas.

.La elasticidad perineal se mayor en esta postura.

DECUBITO LATERAL(POSICION SIMS)

-Si cómo de todo se coloca pequeña sobre la cama.

*Es una posición muy cómoda para la mujer.

*El perineo se alarga y el sacro podrá desplazarse a fin de aumentar el tamaño de los estrechos.

*Puede realizarse las movilizaciones de nutación y contranutación.

Fuente bibliográfica:

ANATOMÍA PARA EL MOVIMIENTO. (Ilustración de nutación y base de nutación: F. Calais-Germain [Dibujo originales de movimientos en la pelvis ósea])

G.A.E. MARIO V. PUMA RAIL - FISIOLOGÍA DEL [illegible]

Autores del póster : [illegible]

Colaboración como modelo: [illegible]

LOCUS DE CONTROL, CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRACTICA RELACIONADOS CON LA PILDORA Y EL PRESERVATIVO ENTRE ADOLESCENTES UNIVERSITARIOS

Aline Salheb Alves 1;Maria Helena Baena de Moraes Lopes 2;José Hugo Sabatino 3;Evenise Cilene Guarino Nilsen 4

1.Enfermera, Mestre por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estatal de Campinas (Brasil). 2. Enfermera, Libre-Docente. Prof. Asociada del Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estatal de Campinas (Brasil). 3. Prof. Dr. Adjunto del Departamento de Tocoginecologia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estatal de Campinas (Brasil). 4. Enfermera Obstetra. Docente del Departamento de Enfermería de las Facultades Integradas Einstein de Limeira (Brasil)

La adolescencia es un período donde decisiones importantes son tomadas con base en poca o ninguna experiencia anterior, y estas decisiones pueden tener consecuencias para toda la vida.

LOCUS DE CONTROL

Variable referida a una característica individual de las personas sobre la percepción de quien controla los acontecimientos.

Interna: individuo percibido cómo autor de la fuente de acontecimientos en los que está envuelto; externa,el sujeto atribuye el control de su vida a otras personas, entidades o incluso su misma suerte.

¿Para qué utilizar la Escala Locus de Control?
Para evaluar las caracteristcias personalles y de la personalidad que influencian el comportamiento en relaci con el uso o no de anticonceptivos en la adolescencia

Fue propuesta de este estudio utilizar la Escala Multidimensional de Locus de Control de Levenson, adaptada a la población brasileña por Dellia Coleta (1984), entre un grupo de adolescentes universitarios, a fin de verificar como se expresan las diferentes dimensiones del locus de control y su relación con el **Conocimiento, Actitud y Práctica** relacionados a la **Píldora Anticonceptiva** y al **Preservativo Masculino**, ya que son ésos los métodos anticonceptivos más utilizados por los adolescentes.

OBJETIVOS

- Describir el grupo estudiado en cuanto a las dimensiones del locus de control.
- Verificar la asociación entre las dimensiones del locus de control y algunas variables socio-demográficas o relativas a la vida sexual.
- Verificar la correlación entre las dimensiones del locus de control, el conocimiento y la práctica relacionados a la píldora y al preservativo masculino.

MÉTODOS

❖ La población de estudio fue compuesta por adolescentes universitarios, de ambos los sexos, al ingreso, de una universidad pública del Estado de San Pablo, Brasil.

❖ Fueron incluidos solamente los alumnos que presentaron edad menor o igual a 19 años (considerados adolescentes según la Organización Mundial de la Salud).

❖ Fue utilizado un cuestionario conteniendo datos referentes a las características socio-demográficas y a la vida sexual y cuestiones relativas al conocimiento, actitud y práctica relacionados a la píldora y al preservativo.

❖ La Escala Multidimensional de Locus de Control de Levenson, es compuesta por 24 itens y tres sub-escalas, con 8 itens cada:

Internalidad - Sub-escala I
(Internal Locus of Control);

Externalidad Otros Poderosos - Sub-escala P
(Powerful Others Locus of Control);

Externalidad Acaso - Sub-escala C
(Chance Locus of Control).

RESULTADOS

Casuística compuesta de 295 adolescentes universitarios.

Fue evaluada la relación entre el locus de control y el sexo de los adolescentes utilizando p valores referentes a la prueba de Mann-Whitney para comparación entre los sexos. Se observó que los adolescentes del sexo masculino presentaron mayor externalidade-otros poderosos en comparación con las adolescentes del sexo femenino.

Fueron comparadas las dimensiones del locus de control con el momento de inicio del uso de método. Utilizando la prueba de Mann-Whitney no fue encontrada ninguna diferencia significativa. Se observó una inclinación a mayor externalidad-otros poderosos entre los adolescentes que hicieron uso del método ya en la primera relación sexual.

RESULTADOS

En la comparación del locus de control con la edad, color, religión, trabajo remunerado, presencia de compañero, renta familiar, edad de inicio de la actividad sexual y uso actual de MAC no se encontró diferencia significativa usando-se los testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney.

Se observó una inclinación de mayor externalidade-otros poderosos entre los adolescentes que no habían iniciado actividad sexual, por medio de la prueba de Mann-Whitney.

RESULTADOS

• Locus de Control X Porcentual de Respuestas Ciertas (coeficiente de correlación de Spearman) :

Cuanto mayor el Locus Externalidade-Otros Poderosos, menor la Práctica adecuada de uso del MAC.

ACTITUD:

tanto los hombres cuanto las mujeres presentaron **actitudes positivas** con relación a los dos métodos.

El resultado del presente estudio apunta para mudanzas que se coadunan con la postura de mayor acentividad adoptada por la mujer en la sociedad actual. Los adolescentes del sexo masculino, mismo siendo universitarios, parecen ser más influenciados por otros, lo que también puede ser reflejo de esas mismas mudanzas.

Si la externalidad es un factor que realmente predispone a prácticas contraceptivas inseguras, esta característica necesita ser considerada en las intervenciones relativas a la anticoncepción, a fin de que sean escogidas estrategias que aumenten el empoderamiento sexual y reproductivo del adolescente.

El adolescente necesita ser estimulado a creer que la prevención de problemas como las DSTs/SIDA y el embarazo indeseado están adentro de su propio control.

Se cree también que los resultados de este estudio pueden subvencionar el trabajo de educadores en planificación familiar, **orientando opciones contraceptivas más adecuadas** a las características de cada adolescente.

La educación para el contracepción no puede ser vista apenas por enfoque técnico de transmisión de informaciones.

El proceso de tomada de decisión depende de varios factores y el Locus de Control parece estar relacionado.

CONCLUSIONES

- ✓ **Los universitarios inician actividad sexual más tardiamente;**
- ✓ **Buscan conocimiento sobre anticoncepción;**
- ✓ **La píldora y el preservativo masculino son los métodos más utilizados;**
- ✓ **A pesar de presentar conocimiento y actitudes adecuados, necesitan modificar algunas de sus prácticas para una anticoncepción eficaz;**
- ✓ **El locus de control externalidad otros-poderosos influencia la práctica anticonceptiva en ese grupo de adolescentes.**

EL MASAJE PERINEAL ANTENATAL COMO MÉTODO DE PROTECCIÓN DEL PERINEO EN EL PARTO

García Muriana A, López Fernández G, Obregón Gutiérrez N.
Matronas Sala de Partos

INTRODUCCIÓN:

Los partos vaginales a menudo se asocian a traumas perineales. El dolor y el malestar suelen estar presentes y es posible que afecten al funcionamiento sexual normal. También pueden presentarse diferentes grados de incontinencia fecal, ya que se producen lesiones del esfínter o de la mucosa anal en un 3% - 4% de todos los partos vaginales. El masaje perineal digital es una técnica que se puede emplear durante el embarazo como terapia preventiva de lesiones perineales, que puede ser realizado por la propia mujer o por su pareja.

OBJETIVO:

No existe consenso entre los diferentes profesionales en cuanto al momento de su aplicación, la forma de realizarlo y la duración del mismo. Con el objetivo de unificar criterios proponemos la técnica de masaje perineal que, según la evidencia científica, ha demostrado ser válida.

TÉCNICA:

Se trata de una técnica sencilla, fácil de realizar y bien aceptada por la mayoría de mujeres. Consiste en la introducción de los dedos índice y central de 3 a 5 cm en la vagina, aplicando una presión sobre el periné hacia abajo y hacia los lados durante 5 - 10 minutos. Se recomienda utilizar aceite de almendras dulces para lubricar la zona. Se debe aplicar la técnica a partir de la semana 34 de gestación un mínimo de 3 días a la semana hasta finalizar el embarazo.

Está contraindicada si existe herpes genital.

RESULTADOS:

El masaje perineal digital antes del parto reduce la probabilidad del traumatismo perineal que requiere sutura (principalmente episiotomías). Esto es más evidente en mujeres de edad igual o superior a 30 años y en nulíparas. Asimismo se reduce el número de lesiones ocultas del esfínter anal y existe menor probabilidad de dolor perineal a los 3 meses del parto.

CONCLUSIONES:

Siguiendo las recomendaciones de la OMS acerca de adoptar cualquier método de protección perineal que haya demostrado su validez, las matronas deberíamos informar de forma sistemática a todas las gestantes sobre los beneficios de esta técnica y sobre su correcta realización.

BIBLIOGRAFÍA:

Beckmann MM, Garret AJ. Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

Villén Salán MI. Masaje perineal en fisioterapia obstétrica: revisión bibliográfica. Cuestiones de fisioterapia. 2006; 32: 1-15.

Institut Català de la Salut

Àmbit d'Atenció Primària Terres de l'Ebre

SEGUIMIENTO DE LA SUPLEMENTACIÓN DE YODO DURANTE LA GESTACIÓN Y LACTANCIA EN NUESTRO ÁMBITO (TORTOSA- OEST, TERRES DE L'EBRE).

Dealbert Ramos, E*, Navarro Robles, M**, Sanz Adell, V***, Lopez Sanchez , MJ *, Aguilar Martin, C****.
*Enfermera Pediatria. CAP Baix Ebre.
**Pediatra. CAP Baix Ebre.
***Matrona. Ambulatori Vinaròs.
****Técnica de Salud. SAP Terres de l'Ebre.

INTRODUCCION

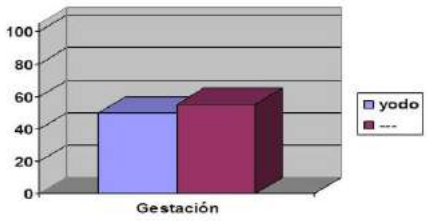
En la actualidad hay consenso científico en la necesidad de la suplementación con yodo durante la gestación y la lactancia para prevenir los trastornos por déficit de yodo (TDY), pues en estos periodos de la vida el consumo de pescado y sal yodada no aseguran los requerimientos de dicho micronutriente.
El objetivo de nuestro trabajo es conocer el grado de cumplimiento de la suplementación con yodo de la dieta en gestantes y madres lactantes de nuestro ámbito.

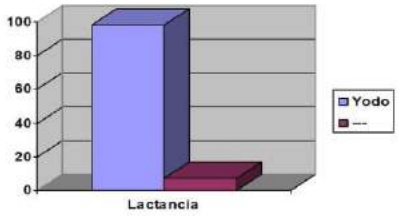
MATERIAL Y METODOS

En la consulta de pediatria durante los meses de noviembre a diciembre se ha pasado una encuesta a 105 madres lactantes con hijos de 0 a 6 meses y gestación bien controlada, en dicha encuesta se recogian datos sobre la ingesta de preparados farmacológicos de yodo durante el embrazo y el amamantamiento. Se estimó el porcentaje de madres que realizaron suplementación de yodo y el intervalo de confianza con el paquete informático SPSS.

RESULTADOS

Un 46,7% de las madres encuestadas (intervalo de confianza del 95%: 37,8% a 57,6%) manifestaron haber consumido preparados de yodo durante la gestación, mientras que durante la lactancia lo hicieron un 6,7% (intervalo de confianza del 95%: 1,9% a 11,4%).
En ningún caso la madre que no tomo yodo durante la gestación empezó a tomarlo durante la lactancia.





CONCLUSIONES

-En nuestro ámbito el seguimiento de la suplementación de yodo durante la gestación no es satisfactorio
- Es especialmente preocupante que los lactantes, exclusivamente alimentados al pecho (cuya única fuente de yodo es la leche materna) reciban cantidades de yodo inferiores a las deseables.
- La consulta posparto de las matronas y la perinatal y sucesivas de pediatria son los lugares adecuados para promocionar el consumo de preparados de yodo durante la lactancia.
- Son necesarios nuevos estudios para identificar las causas del bajo seguimiento de la recomendación e implementar las medidas necesarias para corregirlo.

CAMBIOS EMOCIONALES EN EL PADRE DURANTE EL EMBARAZO

AUTORES: Peñas García Marta Isabel* , Díaz Chinchón Mª del Mar* , García Rabadán Inmaculada* , Sukkarieh Noria Sandra* * , Rodríguez Rodríguez Mª Del Carmen**.
EIR*. Matrona**. Unidad Docente Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

TRANSICIÓN A LA PATERNIDAD

Afrontar y resolver conflictos sobre la propia paternidad vivida de cuando era niño.

Experimenta un fuerte sentimiento de responsabilidad.

Triple tarea de adaptación

AL EMBARAZO

AL ROL DE PADRE

AL PAPEL MATERNAL DE SU PAREJA

	1º T	2º T	3º T
RESPUESTA PATERNA	•Emocionado •Más preocupado por satisfacer necesidades económicas •COUVADE (Síntomas de embarazo)	•Más confiado. •Atento a los cambios corporales de su pareja. •Preocupación por introspección de la embarazada.	•Sentimientos de rivalidad con el feto. • Centrado en sí •Fantasías sobre el futuro hijo. •Temores acerca de la pérdida de su pareja e hijo.
RESPUESTA DE LA MATRONA	•Animar al futuro padre a que asista a las consultas prenatales. •Comunicación. •Relación de confianza.	•Hacer saber al futuro padre que es normal que tenga estos sentimientos.	•Instruir al futuro padre en las actividades del embarazo. •Proporcionarle educación, información y apoyo.

BIBLIOGRAFÍA:
1.Torrens Sigalés R., Martíne Bueno C.: "Enfermería de la mujer". Paradigma.2.Stern D. " La constelación maternal". Pidós.3. Seguranyes Guillot G, Costa Sampere D, Espuña Pons M. Enfermería Maternal. MASSON 2004.4. Sánchez A I, Bermúdez M D, Bruela-Casal. Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo. REV electrónica de Motivación y Emoción. Universidad de Granada. M-44928-1997.5. Aukamp V. Planes de cuidados de enfermería materno infantil. Barcelona. Interamericana. 1998. 6. Atkin L, Arcelus M. Psicología del embarazo. Zubrian S, Arroyo P, Ávila H editores. Tomo I: De la atención a la salud y la formación de la pareja. México: Biblioteca de Salud. SSA-Fondo de Cultura Económica, 1990.p 96.7. Rodrigues A R, Pérez- López J y Brito de la Nuez A G. La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. 2004, vol20 nº 1, pp93-102. Rev Psicología Evolutiva y de la Educación.8. Silvia Tubert (ed). Figuras del Padre. Feminismos. Edic Cátedra S.A, 1997. ISBN: 84-376-1578 X9. Leslie Arvelo Arregui. Maternidad, Paternidad y Género. Rev Otras miradas, vol 4, nº2.Dic 2004.

XII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS.
I CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACION CANARIA DE MATRONA.

"Efectos directos e indirectos de la salud bucodental en el embarazo

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿ De qué forma una buena salud bucodental y una correcta higiene durante el control de la gestación disminuyen la Amenaza de Parto Pretermino y la incidencia prevalente en aquellas mujeres que no realizan higiene dental durante el control de la gestación?

HIPOTESIS:

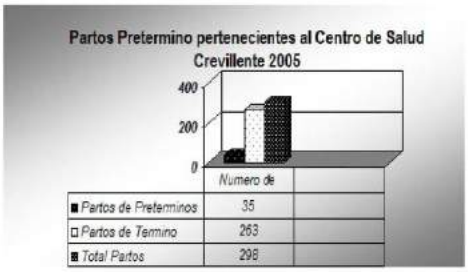
Una incompleta e incorrecta Higiene Bucal influye notablemente en la incidencia de Partos Pretérminos.

Criterios de inclusión: 298 mujeres que realizaron sus controles de gestación en el Centro de salud de Crevillente en el año 2005, a las cuales se les practicó revisión bucodental y 405 mujeres pertenecientes al Departamento de Salud 21 - 22 que durante su control de embarazo no se les practico consulta bucodental en el año 2005.

De esta forma quedó constituida la muestra por un total de 703 mujeres embarazadas que posteriormente dieron a luz en el Hospital de Elche y Hospital de la Vega Baja en el año 2005.

RESULTADOS

Grafico nº 1: Índice de Partos Pretermino controlados en el centro de Salud de Cevillente que dieron a luz en la Maternidad del Hospital Universitario de Elche. Alicante en 2005



Fuente: Hoja Resumen de Embarazo, Departamento de Estadística de Salud Publica datos provenientes de la Maternidad del Hospital Universitario de Elche 2005

Grafico nº 2 : Tipo de Parto de Nacimientos Pretérminos, en la Maternidad de Elche. Alicante en 2005

Fuente: Hoja Resumen de Embarazo, Departamento de Estadística de Salud Publica datos provenientes de la Maternidad del Hospital Universitario de Elche 2005

CONCLUSION:

Los datos epidemiológicos revisados dejan constancia del problema de salud pública que supone el Parto Pretermino y el Bajo Peso al Nacer (PP/BPN), y por tanto de la importancia de su prevención. Uno de los objetivos de este trabajo es revisar la evidencia que existe respecto a la asociación entre enfermedad periodontal y parto prematuro. La literatura que se ha consultado en esta revisión no sólo constata el papel de la enfermedad periodontal como factor de riesgo para la ocurrencia del PP/BPN, sino que en determinados casos la señala incluso como uno de los más importantes.

Grafico nº 3: Relación de peso al nacer, en Partos Pretermino en la Maternidad del Hospital Universitario de Elche - Alicante 2005.

Fuente: Hoja Resumen de Embarazo, Departamento de Estadística de Salud Publica datos provenientes de la Maternidad del Hospital Universitario de Elche 2005

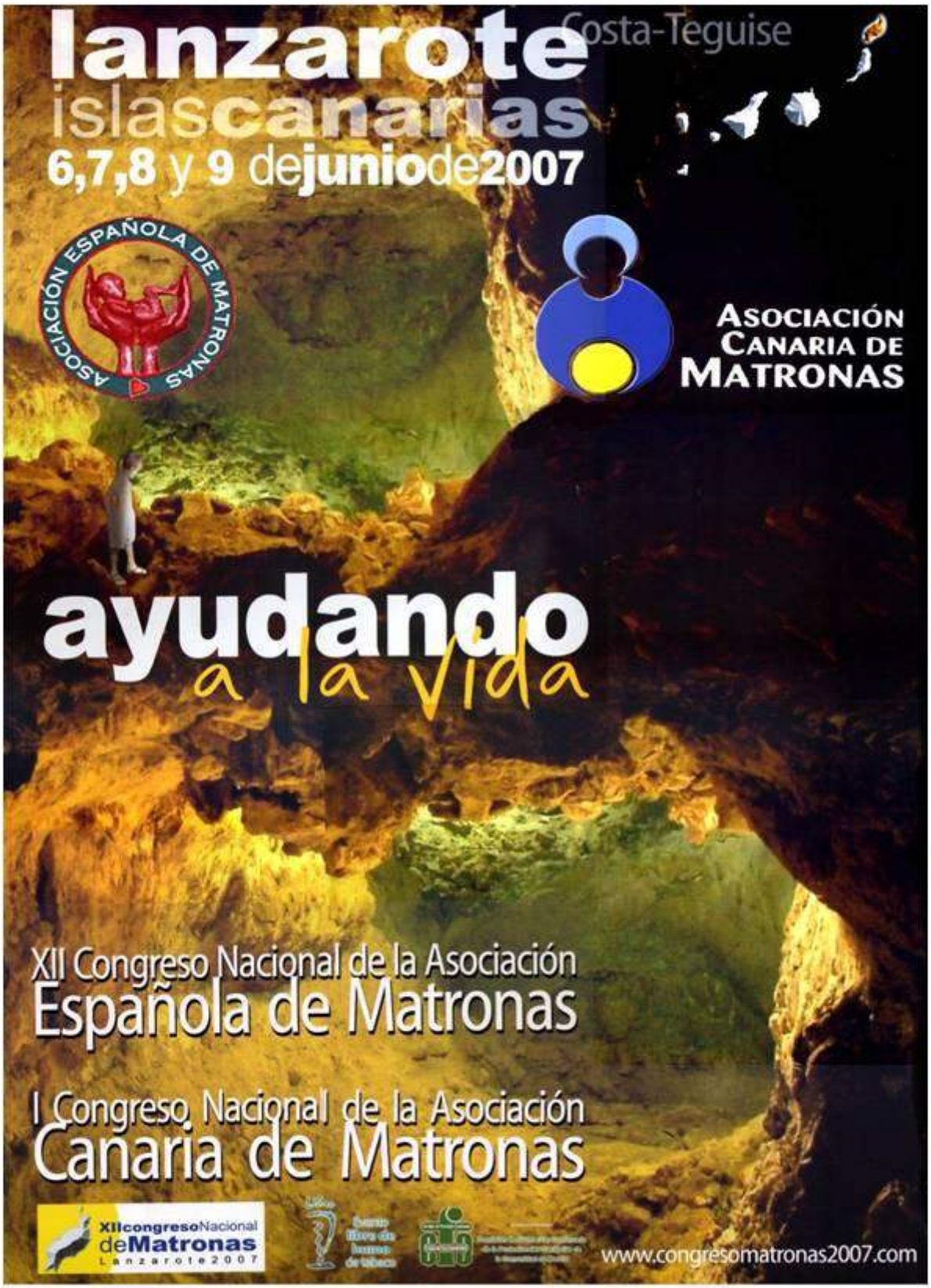
Grafico nº 4: Comparativo de la Incidencia de Parto Pretermino perteneciente al Centro de Salud de Crevillente y Departamento de Salud nº 21 - 22 Alicante 2005.

Fuente: Hoja Resumen de Embarazo, Departamento de Estadística de Salud Publica datos provenientes de la Maternidad del Hospital Universitario de Elche 2005.

Se ha observado que las mujeres embarazadas con enfermedad periodontal tienen un riesgo casi 6 veces mayor de sufrir PP/BPN que las mujeres periodontalmente sanas, siendo el factor de riesgo más fuerte de los estudiados por encima del tabaquismo, baja ganancia de peso materno o menos de seis consultas prenatales.

Este estudio es importante para nosotras como profesionales y madres, en la practica diaria de nuestra consulta el 70 % de las gestantes refieren no haber realizado una visita con su dentista a lo menos durante el año previo al embarazo, sólo un 10 % realiza una visita anual y en el caso de molestias dentales, un 10% acude al dentista y el 10% restante necesita tratamiento dental de urgencia en el embarazo, todo esto no hace pensar en que la población en sí no esta educada en lo que a salud Bucodental se refiere, por eso aun siendo mínima la incidencia de partos Pretérminos en el Departamento de Salud 21 - 22, creemos fervientemente que podría ser menor si extremáramos los cuidados y tratamientos preventivos para una correcta Higiene y Salud Bucodental.

PROGRAMA CONGRESO



PROGRAMA OFICIAL

RECONOCIDO DE INTERES SANITARIO

EL JEFE DE LA CASA DE
S. M. EL REY

bo.
011/07

S.M. la Reina, accediendo a la petición que tan amablemente Le ha sido formulada, ha tenido a bien aceptar la

PRESIDENCIA DEL COMITÉ DE HONOR

del **"XII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS"**, que tendrá lugar en Lanzarote del 7 al 9 de junio próximo.

Lo que me complace participarle para su conocimiento y efectos.

PALACIO DE LA ZARZUELA, 17 de enero de 2007

EL JEFE DE LA CASA DE S.M. EL REY,

SRA. PRESIDENTA DEL "XII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS".

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Carta de bienvenida

Desde la Asociación Canaria de Matronas, es un placer darles la bienvenida a Lanzarote y animarle s a participar en este XII Congreso Nacional de Matronas y I Congreso de la Asociación Canaria de Matronas.

En esta ocasión contamos con la intervención de prestigiosos profesionales expertos en temas de humanización en el parto y en el abordaje de la construcción social del embarazo, dentro de un esperado programa científico, elaborado con el deseo de que este congreso sea un punto de referencia en la actualización de temas de interés tanto palas matronas como para los EIR.

En este XII Congreso incorporamos la novedad de la participación activa para el enriquecimiento personal a través de diferentes talleres.

Espero que el Congreso cumpla las expectativas de todos los asistentes y que sea el inicio de una efectiva y estrecha relación entre la humanización y el saber científico.

En nombre de toda la Organización, queremos hacer público nuestro agradecimiento a las organizaciones , instituciones, empresas y en definitiva a todas las personas que han hecho posible este proyecto con su esfuerzo y trabajo.

Gracias por seguir creyendo y apostando decididamente por este encuentro nacional.

Les deseamos una feliz estancia entre nosotros.
Teguise (Lanzarote), 22 de Mayo de 2007

Presidenta del Congreso
Mª Ángeles Tadeo López

PRESIDENTA DE HONOR

S.M. La Reina de España

COMITÉ DE HONOR

Presidente de la Comunidad Autónoma Canaria
Excmo. Sr. D. Adam Martín Menis

Consejera de Sanidad
Ilmo. Sra.. Doña María del Mar Julios Reyes

PROGRAMA OFICIAL
RECONOCIDO DE INTERES SANITARIO

Presidenta del Cabildo de Lanzarote
Excma. Sra.. Dña. Inés Rojas de León

Presidenta de Asociación Española de Matronas
Ilma. Sra. Dña. Mª Ángeles Rodríguez Rozalén

Presidente del Colegio de Enfermería de Las Palmas
Ilma. Sra. Doña. Hortensia Calero Fabelo

Presidente del Colegio de Enfermería de Tenerife
Ilmo. Sr. D. José Ángel Rodríguez Gómez

PRESIDENTA DEL CONGRESO
Dña. María Ángeles Tadeo López

SECRETARIA
Dña. Carmen García Urías

TESORERA
Dña. Isabel Bayón de Miguel

DIRECCIÓN DEL CONGRESO
Dña. Mª Ángeles Rodríguez Rozalén

COMITÉ CIENTÍFICO

Miembros

Dña. Rosario Rodríguez Asensio
Dña. Josefina García Barroso
Dña. Elizabeth Guerra Hernández
Dña. Carmen Hernández Pérez
Dña. Maite del Hierro Burruchaga
Dña. Sonia Macías Rocha
Dña. Ofelia Marrero Marrero
Dña. Rosa Plata Quintanilla
Dña. Ana Mª Romero Manzano
Dña. Jacqueline Rodríguez
Dña. Aimón Sánchez Molinero

COMITÉ ORGANIZADOR

Miembros

Dña. Teresa Ortiz Martínez
Dña. Carmen Arbelo Gopar
Dña. Lucinda Betancor García
Dña. Marisa Pontes Romero
Dña. Rosa María Santiago Díaz
Dña. Sonia Tejedor Magallanes
Dña. María José Vicente Moya
Dña. Anabel Mesas Laserna

MIÉRCOLES 6-6-07

MAÑANA

De 9-14 h. Acreditación de congresistas Secretaría Técnica Hotel "Beatriz Costa Teguise"

TARDE

SALON FAMARA

Moderadora:

16-18h. Comunicaciones

Dña. Ofelia Marrero Marrero

16-16,10h.

Cooperación y salud: la negación del derecho a la salud materno infantil.

Dña. Mirtha Z. Grande Muyón. Matrona.

16,10-16,20h.

La creación de vínculos afectivos y apego entre madre y bebé en el nacimiento.

Dña. Margarita Fernández Zárate. Matrona. Cádiz

16,20-16,30h.

Pujos en espiración forzada versus pujos con inspiración bloqueada.

Dña. Rebeca Mata Jorge. Matrona. Valladolid

16,30-16,40h.

¡Mejor lo hablamos !

Serrano Martos, Juan. Matrona. Jaén

16,40-16,50h.

¿Eficacia del masaje perineal antenatal y en el expulsivo?

Dña. Mercedes Luque Bermúdez. Matrona. Jaén

16,50-17,00h.

Revisión sobre mortalidad materna en España.

Dña. Rosa Mª Rodríguez Ferrer. Matrona. Madrid

17,00-17,10h.

Efecto de la postura de SIMS modificada sobre la rotación.

Dña. Rosa A. Martín de Vega. Matrona. Madrid.

17,10-17,20h.
Un motivo más para el parto vía vaginal: los recién nacidos por vía vaginal oyen antes que los nacidos por cesáreas.
D. Manuel D. Pérez Hernández. Matrona. Badajoz

17,20-17,30h.
Norma ISO 9001/200 en el Proceso de Atención al Paciente.
D. Rafael Vila Candel. Matrona. Valencia

DEBATE

PAUSA CAFÉ

TARDE

18:30-19,30. CONFERENCIA INAUGURAL
"El saber obstétrico desde el siglo XVIII hasta hoy, pasando por Caldeyro Barcia"
Dr. D. Hugo Sabatino. Universidad de Campinas. BRASIL.

19,30H. APERTURA OFICIAL DEL CONGRESO.
COCKTAIL DE BIENVENIDA

JUEVES 7/6/07

MAÑANA

SALON FAMARA
Comunicaciones
Moderadora:
Dña. Asunción González Ramos

8,00-8,10h.
Consulta preconcepcional y consejo genético; habla con tu matrona.
D. José M. Caparrós Molinero. Matrona.

8,10-8,20h.
Vacunación contra el HPV, prevención primaria para el cáncer de cerviz
D. José M. Caparrós Molinero. Matrona. Jaén

8,20-8,30h.
Efectividad del consejo sobre deshabituación tabáquica en el puerperio hospitalario
Dña. Ana Gallego Mahiques. Matrona. Valencia

8,30-8,40h.
Sensación dolorosa y comportamiento de mujeres durante el parto de cuclillas que realizaron preparación para el parto con el método de resiliencia.
Dña. Evenise Cilene Nilsen. Matrona. Brasil

8,40-8,50h.
Salud y acceso a los recursos por parte de las mujeres inmigrantes en Madrid 2006 .Dña. Mirtha Z. Grande Muyón. Matrona.

8,50-9,00h.
¿Desean el embarazo las adolescentes?
Matrona. D. Juan Serrano Martos.

9,00-9,10h.
Prácticas que reducen el trauma perineal durante el parto.
Dña. Lourdes Lopez Socorro. Matrona. Las Palmas.

9,10- 9,40h. DEBATE

SALON FAMARA
PRIMERA MESA

LA MATRONA UN RECURSO PARA LA SALUD DE LAS MUJERES

Moderadoras:
Dña. Rosario Rodríguez Asensio
Dña Marta Martínez Marquinez

9,45-11,15 h.
Las matronas en el mundo. ¿Diferentes experiencias nos hacen distintas?
Doña. Julia Jeppesen Gutiérrez. Matrona. Canarias

Salud sexual y reproductiva en la adolescencia
Dña. Olivia Medina Armas. Matrona. Canarias

Controversia de la soja en el climaterio.
Dr. D. Diego Hernández Hernández. Endocrinólogo.

11,15-11,30h. DEBATE

11,30-12,00h. PAUSA PARA CAFÉ

SEGUNDA MESA

PERSPECTIVAS AL PARTO HOSPITALARIO
Moderadoras:
Dña. Isabel Manzano Alonso
Dña. Carmen Hernández Pérez

12,00-13,00h.
Cuantificar los tiempos reales para un cuidado de calidad en los partos.
Dña. Mercedes Arocha Hernández. Matrona.

Visión homeopática del dolor. Ventajas/riesgos de la analgesia epidural.
Dra. Dña Mª Jesús Balbás Cisneros. Ginecologa. Bilbao.

12,45-13,00h. DEBATE

13,00-13,15h.
Breve introducción a la Musicoterapia.
D. Fernando Fernández Company.

13,15-14,15h.
Los cambios en la asistencia obstétrica en España.
Nuevo Documento de Consenso, Asociación Española de Matronas-SEGO.
Dña. Mª Ángeles Rodríguez Rozalén

14,15-14,30h. DEBATE

ALMUERZO LIBRE

TARDE

16-18,00h. SALON FAMARA- Sesiones Especiales.
Moderadora: Doña Mª Jesús Sánchez Valiño
- Experiencia de Humanización de Villarrica CHILE. Hernán Santander M.
- Secretos de mujer. Realizador: Juan R. Verona

TALLERES.

SALÓN YAGAMO

16,-18,00 h
TALLER: OSTEOPATIA
El arte de la escucha Apoyar la sabiduría sacro-craneal.
D. Mario Vega. Osteopata

SALÓN ACATIFE

16,-18,00 h
Biodanza antes, durante y después del parto.
Dña Concepción González Canovas

SALÓN AJEY

16,-18,00 h
Integración personal a través del yoga.
Dña. Mª del Camino Diez.

SALON TAMIA

16,-18,00 h
Introducción al thaichi taoista.
Dña Pilar López Marrrero

SALON TINGUATON

16,-18,00 h
Viaje Musical
D. Fernando Fernandez Company
Musicoterapeuta. (A.N.D.E)

18,00-18,30h. PAUSA CAFÉ

)

SALÓN FAMARA
18,30-20,00h.
Verticalidad en el parto.
Dr. D. Hugo Sabatino. Dra. Dña. Silvia Cordeyro. (Brasil)

VIERNES DIA 8/6/07
MAÑANA
8,30-9,30H. DEFENSA PÓSTERES. Salones simultáneos.

SALON FAMARA. 12 pósteres
Moderadora: Dña. Ana Mª Romero Manzano.

SALON TINGUATON. 12 pósteres
Moderadora: Dña. Carmen Arbelo Gopar

SALON MOSEGUE. 12 pósteres
Moderadora: Dña. Mª Luisa Pontes Romero

SALON YAGAMO:10 pósteres
Moderadora: Lucinda Betancor García

MESA REDONDA
LA COMPLEJIDAD CULTURAL EN LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO

Moderadoras:
Dña. Aimón Sánchez Molinero
Dña. Sofía Gotor Colas

9,00-11,30h.
Mujer inmigrante, factores psicosociales después del embarazo.
Dña Mª José González Luís . Matrona. Tenerife

Desigualdades sociales en el control y seguimiento del embarazo
Dña. Mª Ángeles Tadeo López. Matrona. Las Palmas

Nuevo paradigma profesional influenciando las políticas de Salud Materno-Infantil
.D. Óscar García Aboín. Técnico de planificación y políticas de Salud del Servicio Canario de Salud.

La construcción social del embarazo. Dependencia, vulnerabilidad y violencia.
D. Miguel Lorente Acosta . Univ. Granada. Experto de la OMS

11,30-12,00 h. DEBATE

12,00-12,30h.PAUSA CAFÉ

12,30-13,15h.. Conferencia Especial. La verdad de la historia de las matronas a través del hilo conductor de la monarquía española.
Dña. Rosa Mª Plata Quintanilla. Matrona. Santander (Cantabria)

ALMUERZO LIBRE

TARDE

16-18,00 h.
SALÓN FAMARA . Sesiones Especiales. Miscelánea.
Moderadora: Dña. Carmen García Urías
16h. DEFENSA DE PÓSTERES (12)

17,00-17,45h.-Nuevos Avances Tecnológicos en el Tratamiento de la Salud de la Mujer".
ABC Farma .
17:45-18h. Ruegos y preguntas.

TALLERES.

16-18,00 h. SALÓN YAGAMO
OSTEOPATIA. Apoyar la sabiduría sacro-craneal.
D. Mario Vega Hernández. Osteopata

16-18,00 h SALON ACATIFE
Biodanza antes, durante y después del parto.
Dña Concepción González Canovas

16-18,00 H SALÓN AJEY
Integración personal a través del yoga.
Dña. Mª del Camino Diez.

16-18,00 h. SALÓN MOSEGUE
Avanzando en la investigación.
Dña. Mª Del Pino Martínez.
Dña. Manuela Cristina Chas Barbeito

16,-18,00 h. SALÓN TAMIA
Introducción al Thaichí Tahoísta.
Dña Pilar López Marrero

16,-18,00 h. SALÓN TINGUATON
Viaje Musical
D. Fernando Fernández Company. Musicoterapeuta.(A.N.D.E)

PAUSA CAFÉ

18,30-20,00h.
SALÓN FAMARA
Resiliencia
Dr. D. Hugo Sabatino. Dra. Dña.Silvia Cordeyro. Brasil

20,30H CLAUSURA OFICIAL DEL CONGRESO.

AUTORIDADES
ACTUACION DEL QUINTETO TIMPLISTA "Toñin Corujo"

SABADO 9/6/07

ACTIVIDADES POST-CONGRESO.

10,30h. Excursión a Montañas del Fuego con almuerzo. Patrocinado por Cabildo de Lanzarote, Asociación Canaria de Matronas y Asociación Española de Matronas.

18:00h. Asamblea de la Asociación Española de Matronas. (Solo socios)

21,00H. Cena del Congreso.(Hotel Beatriz Costa Teguise)
Fiesta de disfraces.

Entidades colaboradoras

CABILDO DE LANZAROTE

ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
Colegio de Enfermeros de Santa Cruz de Tenerife

ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
Colegio Oficial de Las Palmas

Empresas colaboradoras

ABC FARMA
ARKOCHIN
CHICCO
CRIO-CORD
GYNEA
IDENT-PLUS
ISDIN
JONHSON´S BABY
LAB.CANTABRIA
LETI
RECORDATI
SUAVINEX
VIDACORD

Patrocinador

AVENT Naturally

XIIcongresoNacional deMatronas
Lanzarote2007

Asociación Canaria de Matronas

Asociación Española de Matronas 1978

6,7,8 y 9 Junio -07

LIBRO DE CONGRESO
EDITADO POR LA
ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

Este libro recoge los resúmenes de las comunicaciones orales y las imágenes de los pósteres seleccionadas .

La Organización no se hace responsable de las opiniones expresadas en ellos ni de su contenido.